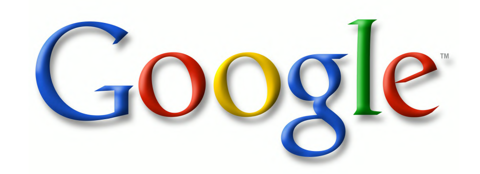


FESTSCHRIFT

ZUM

FUENF UND ZWANZIG JAEHRIGEN

JUBILAEUM

DES

Vereins Deutscher Aerzte

ZU

SAN FRANCISCO, CALIFORNIEN.

1869—1894.

Druck von SCHMIDT LABEL & LITHO. CO.
San Francisco, Cal.


LANE
MEDICAL
LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885

FESTSCHRIFT

ZUM

FUENF UND ZWANZIG JAEHRIGEN

JUBILAEUM

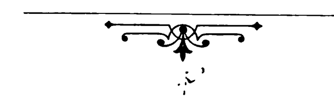
DES

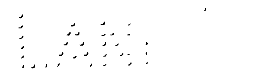
Vereins Deutscher Aerzte

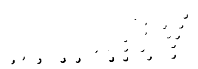
ZU

SAN FRANCISCO, CALIFORNIEN.

1869—1894.







INHALT.

Seite.

GELEITWORT.

Vor einem Viertel Jahrhundert traten in dieser Stadt eine kleine Anzahl Aerzte zusammen, um der vaterlaendischen Wissenschaft, hier im fernsten Westen, ein bescheidenes Heim zu gruenden. —

Der Verein Deutscher Aerzte zu San Francisco, am 22. September 1869 in's Leben gerufen, entsprang dem Wunsche seiner Gruender, ihr wissenschaftliches Interesse wachzuhalten und das Gefuehl des collegialen Zusammengehoerens zu staerken.

Dieses Ziel wurde angestrebt durch in den Versammlungen gehaltene Vortraege und gemeinsamen Austausch der persoenlichen Erfahrungen, wie durch die gebotene Gelegenheit die deutsche, und in geringerem Maasse die auslaendische medizinische Tagesliteratur zu verfolgen.

Vier von den Gruendern unseres Vereins sind heute noch regsame und geschaetzte Mitglieder, die Hrn. Adolf Aronstein, Karl Blach, David Cohn und August Wilhelm.

Unter den Abgeschiedenen beklagen wir Hrn. Karl Precht und unseren verehrten Senior Jacob Regensburger.

Durch 25 Jahre hat der Verein in guten und schlimmen Tagen seinen Zweck unentwegt verfolgt, nach bestem Koennen sein Koernein der hehren Wissenschaft gepflegt, mit Einsatz seiner Kraft die Standesinteressen bewahrt und gefoerdert; so dass er heute, mit seinen nahezu 40 Mitgliedern eine achtunggebietende Stellung unter den verwandten Vereinen der Stadt am goldenen Thore einnimmt.

Wir haben uns gestattet zur Gelegenheit unseres 25jaehrigen Jubilaeums eine kleine Festschrift drucken zu lassen, in Befolgung einer alt herkoemmlichen Sitte, fuer die gerade die juengste Zeit so viele glaenzende Beispiele lieferte.

Die Herausgeber wissen recht wohl, dass der vorliegende Beitrag zur Festliteratur unter den uebrigen Erscheinungen dieser Gattung nur ein sehr bescheidenes Plaetzchen einnimmt, doch glaubten wir, dass es manchen Lesern dies- und jenseits des Weltmeeres von Interesse sei zu sehen, dass wir hier, unter den weit hinausgeschobenen Vorposten der Civilisation, doch nicht ganz abseits von den vielbefahrenen Pfaden unserer Wissenschaft stehen.

In diesem Sinne senden wir Ihnen Allen, mit dem Buechlein, Gruss und collegialen Handschlag.

DIE HERAUSGEBER:

Kreutzmann, Newmark,
Rosenstirn, Winterberg.

San Francisco, Californien,
im September 1894.

Ein Beitrag zur Casuistik des Pemphigus.

VON

AD. ARONSTEIN.

In den Sitzungen unseres Vereins hatten wir schon haeufig Gelegenheit, interessante Hauterkrankungen vor uns zu sehen; doch waren dieselben stets gutartiger Natur und boten der Therapie ein guenstiges Feld dar. Der Abwechslung halber theile ich nun zwei, von mir beobachtete, boesartige Faelle mit, die noch ausserdem durch ihre Seltenheit und Verschiedenartigkeit eine besondere Beachtung verdienen. Es wird sich wahrlich nicht oft ereignen, dass einem practischen Arzte am fernen Gestade des stillen Oceans Gelegenheit geboten wird, innerhalb eines Jahres die zwei grossen Hauptarten des Pemphigus, vulgaris und foliaceus, in geradezu klassischen Typen zu beobachten. Selbst die sprichwoertliche Duplicitaet der Faelle kann auf eine so besonders seltene Erkrankung keine Anwendung finden. So verzeichnet z. B. die Statistik der amerikanischen dermatolog. Gesellschaft nur 183 Faelle von Pemphigus auf 123746 Hauterkrankungen (von 1878—1887).

Ich werde mich bemuehen, die Leidensgeschichten beider Patienten, trotz der ausgedehnten und schweren Erkrankung, in *gedraengtester* Kuerze vorzufuehren.

Frau D., 58 Jahre alt, von mittlerer Groesse, kraeftiger Constitution und wohlgenaehrt, erfreute sich von Kindheit an einer vorzueglichen Gesundheit; ihre Kinder sind ebenfalls alle gesund und kraeftig, auch die uebrige Familien-Geschichte bietet nichts besonders Erwaehnenswerthes, namentlich keinerlei erbliche Belastung.

Gegen Ende des Jahres 1892 will Patientin zuerst das Auftreten von kleineren und groesseren derben Blasen auf Brust und Ruecken bemerkt haben, die ihr ausser Juckreiz keine besonderen Schmerzen bereiteten und auch von keiner nennenswerthen Stoerung des Allgemein-Befindens begleitet waren. — Dieselben nahmen jedoch von Woche zu Woche am Koerper sowohl, als an den Schleimhaeuten an

Zahl und Ausdehnung bedeutend zu und als ich 10 Wochen spaeter gemeinschaftlich mit meinem Collegen Dr. D. Cohn die Behandlung uebernahm, (es war am 14 Februar 1893) fanden wir Patientin bei unserem ersten Besuche mit Blasen und Geschwuersflaechen geradezu ueberschuettet und in einem jammervollen Zustande. — Jedenfalls wurde zuvor der Ausschlag nicht als Pemphigus angesehen und moegen vielleicht die in Anwendung gebrachten heroischen Mittel fuer den ungewoehnlich gereizten Zustand der afficirten Haut verantwortlich gewesen sein.

So praesentirte sich z. B., um nur ein wenig in's Detail einzugehen, beinahe der ganze Ruecken als eine grosse, ununterbrochene, secernirende Wundflaeche; allenthalben in der Nachbarschaft sah man zerstreute kleinere und groessere Blasen, etwa erbsen- bis haselnussgross. Dieselben waren prall gespannt und seroesen Inhalts, und nur bei den groesseren Efflorescenzen erschienen dieselben etwas schlaffer und der Inhalt mehr oder weniger getruebt — Auf der Brust und am Unterleibe waren ebenfalls groessere und kleinere naessende rothe Flaechen zu sehen und auch hier allenthalben in der Naehe in betraechtlicher Zahl, theils vereinzelt theils in Kreisform, die soeben erwaehnten Blasen von derselben Beschaffenheit. An anliegenden Theilen wie z. B. unterhalb der Mamma, den Schenkelbeugen und insbesondere oberhalb der regio pubis und auf den unteren Theil des Unterleibs sich fortsetzend, (die Frau hatte einen starken Haengebauch) waren die Wundflaechen mit einer schmutzigen, uebelriechenden Masse ueberzogen. An beiden unteren Extremitaeten endlich waren die Geschwuersflaechen nicht so zahlreich und ausgedehnt, auch war der Ausbruch der Blasen geringer und nur aus kleinen zerstreuten Blasen bestehend. Auch die Schleimhaeute waren von Pemphigus ergriffen und konnten wir insbesondere an der Schleimhaut der Unterlippen, der Mund- und Rachenhoehle kleine mit Epithelfetzen bedeckte Excoriationen vielfach konstatiren; aber auch wirkliche Blasen hatten wir waehrend der so langen Erkrankung oefters zu sehen Gelegenheit. Die zeitweise aufgetretene Aphonie und Suffocations-Erscheinungen liessen sogar vermuthen, dass die Blasen auch ihren Weg bis zum Kehlkopf gefunden. Die anderen Organe des Koerpers zu untersuchen, hatten wir keine besondere Veranlassung, umsomehr als eine derartige Procedur bei so vielen Blasen und Geschwueren sich haette nur schwer ausfuehren lassen. — Subjectiv klagte Patientin ueber eine brennende schmerzhafte Empfindung am ganzen Koerper und ueber anhaltenden Juckreiz, der sie veranlasste, Tag und Nacht unablaessig zu kratzen,

wodurch natuerlich viele Blasen zerstoert und zahlreiche kleine Blutungen veranlasst wurden. Dass die Kranke nicht alle Blasen in blutige Borken verwandelte, verdanken wir nur dem Umstande, dass dieselbe in Folge der so sehr erschwerten Bewegung nur einen Theil derselben erreichen konnte.

Es versteht sich wohl von selbst, dass unter diesen Umstaenden die Behandlung schwierig und umstaendlich war. Wir unterzogen zunaechst alle oben erwaehnten schlecht aussehenden und uebelriechenden Wundflaechen einer gruendlichen desinficirenden Reinigung so gut es eben auszufuehren war, und legten sodann Salbenverbaende mit Ungt. diachyl. c. Vasel. praepar. an, und zwar wurden die Lint-Stuecke reichlich damit bestrichen und derart verbunden, dass das Anliegen der ulcerirten Stellen durch den dazwischen geschobenen Verband absolut verhuetet wuerde. Auch der Ruecken wurde in der ganzen Ausdehnung mit *einem* grossen Salbenstueck gut belegt. Unsere Furcht vor einer etwaigen Blei-Intoxication wurde durch Hebra's Ausspruch, trotz monatelanger ausgedehnter Anwendung auf excoriirten Stellen nie eine solche beobachtet zu haben, vollstaendig beschwichtigt, und koennen wir heute auf Grund unserer Erfahrung diesen Ausspruch nur bestaetigen, wenn dies ueberhaupt noethig waere, da wir auf der Hoehe der Krankheit nicht weniger als 3 Pfund per Tag ohne den geringsten Nachtheil verwendet. Nachdem wir sodann alle groesseren Wundflaechen mit Ungt. diachyl. und die kleineren mit Lassar's Zinc Paste und wo dieselbe nicht vertragen wurde, mit Borsalbe versorgt hatten, machten wir uns daran, die vereinzelt oder in Gruppen vorhandenen Blasen, die noch intact waren, mit Streupulver zu versehen. (Bor mit Amylum, da Salicyl zu stark reizte). Um das so laestige Jucken und dadurch bedingte blutige Aufkratzen zu maessigen, ordneten wir Listerine und 2% Carbolspray an und fuehlte sich die Kranke dadurch sehr erleichtert. Fuer die Affection der Mund- und Rachenhoehle bewaehrte sich eine leichte Hypermangan Loesung (etwa ein Krystall auf ein Weinglass voll Wasser) am besten, und Eis fuer den gesteigerten Durst und das so laestige Gefuehl von Trockenheit im Halse. — Was die inneren Mittel betrifft, so hatten wir uns von der Wirksamkeit derselben, die Fortschritte des Pemphigus zu hemmen, keinerlei Illusionen gemacht; wir verordneten Arsen und Eisen in steigender Dosis, da sich dieses Mittel vor allen anderen, bes. in Amerika, einer grossen Popularitaet beim Pemphigus erfreut. Gegen die durch das schmerzhafte Leiden bedingte Schlaflosigkeit hatten wir im Verlaufe der Krankheit mit mehr oder weniger Erfolg

alle alten und neuen Narcotica in Bewegung gesetzt. Wir traten auch energisch fuer moeglichst kraeftige Ernaehrung und Stimulantien ein, obwohl die excoriirten Schleimhaeute den Genuss von Speise und Trank ungemein erschwerten. Von dem permanenten Wasserbade konnten wir in diesem Falle keinen Gebrauch machen. (Bekanntlich hat Hebra 4 Faelle dadurch curirt.)

Unter obiger Behandlung hatten wir nun in der That waehrend der darauffolgenden Wochen eine auffallende Besserung zu verzeichnen. Ein Theil der vorhandenen Blasen vertrockneten, oder sie kamen, was meistens der Fall war, zum Bersten; es bildete sich ein gelblich brauner Schorf, nach dessen Abstossung neue normale Epidermis vorhanden war, etwas braunpigmentirt,aberohneNarbenbildung. Aber auch die ulcerirten Hautflaechen secernirten weniger und machten Miene sich zu ueberhaeuten; besonders in der Inguinal und Glutaeal Gegend bewaehrte sich der neue Verband vortrefflich, der Foetor war verschwunden und die Wundflaechen auch hier in befriedigender, wenn auch langsamer Heilung begriffen; auch schien der neue Ausbruch von Blasen nicht mehr so rasch zu erfolgen. Der Juckreiz hatte sich wesentlich vermindert und ganz besonders sah Patientin dem Wechseln des Verbandes nicht mehr mit so viel Angst und Schrecken entgegen, da durch die Salbenstuecke das Ankleben der Leib- und Bettwaesche erfolgreich verhuetet wurde.

Auch das Allgemein-Befinden besserte sich, Patientin nahm, da die Schleimhaeute nicht mehr so empfindlich waren, genuegende Nahrung; in Folge der geringeren Schmerzen war auch die Nachtruhe weniger gestoert, so dass die Narcotica ausgesetzt werden konnten. Mit dem Nachlassen des Naessens und der fortschreitenden Ueberhaeutung konnten wir sodann auch den Salbenverband beschraenken und zum Pudern uebergehen und koennen wir uns bei dieser Gelegenheit sehr befriedigend ueber das Dermatol aussprechen. Demselben gehen bekanntlich die toxischen Erscheinungen des Jodoform ab und haben wir die ausgedehnten Geschwuersflaechen mehrmals des Tages damit gepudert. Unsere Verordnung war Dermatol 30, Talcum 60, Amyl. 10; um reines Dermatol anzuwenden waren denn doch die Beobachtungen (im Febr. 1893) noch zu spaerlich, um bei so ausgedehnten Ulcerationen das Risiko zu uebernehmen; auch haette damals der Vorrath der ganzen Stadt fuer unseren Bedarf nicht annaehernd ausgereicht.

Leider war jedoch die eben geschilderte Besserung nicht von Bestand, denn schon am 16. Maerz erfolgte ohne bekannte Ursache

und ohne irgend welche Vorboten, so zu sagen ueber Nacht, ein erneuerter und starker Nachschub von Blasen und zwar auf gesunder, nicht geroetheter Haut; dieselben ergriffen insbesondere die bisher noch verschont gebliebenen Partien in rascher Aufeinanderfolge; aber auch fruehere bereits verheilte Stellen wurden auf's Neue von den Blasen heimgesucht. (second crop). Am rechten Oberarm nahe der Schulter zeigten sich mehrere grosse prallgespannte Blasen seroesen Inhalts und um dieselben herum eine ganze Reihe von kleinen Blaeschen; dieselben confluirten an vielen Stellen und indem die Blasendecke dem Drucke der angesammelten Fluessigkeit nachgab, lagen grosse Wundflaechen zu Tage und wurde allmaehlig auf diese Weise der ganze Arm ergriffen, das Bild einer Verbrennung II. Grades darstellend, (ein Vorgang, der eigentlich dem P. foliaceus mehr eigen ist, als dem P. vulg.) Das Corium war intensiv geroethet und aeusserst empfindlich; doch ueber das Handgelenk hinaus setzte sich der Process nicht fort. Etwa eine Woche spaeter wiederholte sich derselbe Vorgang am linken Arme. Auf der Gesichtshaut und am Kopfe konnten wir keinerlei Blasen konstatiren.

Zu gleicher Zeit verschlechterte sich das Allgemein-Befinden, es traten oedematoese Anschwellungen der unteren Extremitaeten auf (Eiweiss war jedoch nicht vorhanden) heftige Diarrhoeen stellten sich ein, (wahrscheinlich war auch die Schleimhaut des Gastro-Intestinal Tractus von Pemphigus afficirt), und die Koerperkraefte nahmen in beunruhigender Weise ab, so dass wir (am 3. April) stuendlich auf den letalen Ausgang vorbereitet waren.

Unsere Behandluug der Arme war eine sehr mannigfaltige, da wegen der ausserordentlichen Empfindlichkeit alle Salben und Oel-Verbaende fuer die Dauer nicht vertragen wurden, so dass wir zuletzt mit Aq. Goulard und genuegendem Luft-Abschluss zufrieden sein mussten. Auch hier bewaehrte sich uns spaeter, nachdem das Naessen aufgehoert hatte, zur Befoerderung der Ueberhaeutung das oben erwaehnte Dermatol. Innerlich Stimulantien, kraeftige Ernaehrung und Extr. Campech. c. Opio etc. gegen die erschoepfenden Diarrhoeen.

Merkwuerdigerweise und gegen alles Erwarten erholte sich jedoch unsere Patientin, Dank ihrer guten Constitution, von diesem schlimmen Recidiv, wenn auch nur langsam, die Diarrhoeen liessen nach, der Appetit und die Kraefte stellten sich wieder ein, die Ueberhaeutung begann auf's Neue, und der Ausbruch von neuen Blasen sistirte gaenzlich, so dass wir Ende April keine einzige neue constatiren konnten. Als ich am 7. Mai kurz vor meiner Abreise Patientin

zum letzten Male sah, waren alle Geschwuersflaechen in rascher Verheilung begriffen, unsere Kranke konnte wieder ihr Bett verlassen und wir waren von ihrer baldigen totalen Herstellung selbst ueberzeugt und freuten uns schon, den 4 von Hebra curirten Faellen nun auch den unsrigen anreihen zu koennen.

Ich war daher hoch erstaunt, als ich Mitte Juni durch Dr. Cohn schriftlich benachrichtigt wurde, dass abermals und ganz unerwartet ein Blasenausbruch im Grossen rapide erfolgt sei, so dass nur wenige Hautpartien von demselben verschont blieben. Durch stets neue Nachschuebe, Wiederauftreten von unstillbaren Diarrhoeen trat zuletzt allgemeine Erschoepfung und am 17. Juli die Erloesung durch den Tod ein. Die Autopsie wurde nicht gestattet.

Ueber die Diagnose konnte in diesem Falle wohl kein Zweifel sein, wir hatten es mit Pemphigus vulgaris chronicus zu thun. Nach Kaposi charakterisirt sich der chronische Pemphigus durch die in chronischer Dauer sich wiederholende Eruption von Blasen der allgemeinen Decke und der angrenzenden Schleimhaut. Zum Charakter des Pemphigus gehoert also neben der bulloesen Form der Efflorescenzen auch der chronische Verlauf. — In frueherer Zeit wurden bekanntlich unter dem Namen Pemphigus 4 Krankheitsformen aufgestellt: 1) P. vulgaris, 2) P. foliaceus, 3) P. acutus, 4) P. neonatorum; der heutigen Anschauung nach werden nur P. vulg. und P. fol. als zusammen gehoerend betrachtet; dieselben stellen Unterarten ein und derselben Krankheit vor, die nur durch Form und Verlauf von einander verschieden sind. P. acutus und P. neonatorum muessen zu den Infections-Krankheiten gezaehlt werden. —

Die acute Form des Pemphigus wurde lange Zeit gelaeugnet, selbst von Hebra, der in 20jaehriger Spitalspraxis keinen Fall gesehen haben will. Ich hoerte ihn persoenlich die Vermuthung aussprechen, dass oeftere Recidiven ein und desselben chronischen Pemphigus, von verschiedenen Aerzten behandelt, wahrscheinlich als stets neue Faelle von P. acutus ausposaunt werden.— Auch Anderson erwaehnt in seinem Buche ueber die Krankheiten der Haut vom Jahre 1887 des acuten Pemphigus nicht. Gleichwohl scheinen die neuen Beobachtungen die Existenz desselben ausser Frage gestellt zu haben.

Pemphigus neonatorum ist eine contagioese Infections-Krankheit, die in der Regel in den ersten Lebenswochen auftritt und gutartig verlaeuft, wenn das Kind sonst in normalen Lebens-Verhaeltnissen sich befindet. Liest man also gelegentlich von so vielen Todesfaellen (wie z. B. in Findelhaeusern) so hat dies mehr mit den schlechten Verhaeltnissen als mit dem Pemphigus zu thun.

Therapie: Isoliren und Streupulver. —

In neuerer Zeit hat Neumann unter dem Namen Pemphigus vegetans einen weiteren Krankheits-Typus beschrieben; nach dem Platzen der Blasen bilden sich auf dem Geschwuersgrunde papillaere naessende Auswuechse. Prognose schlecht, der Tod erfolgt durch Marasmus in relativ kurzer Zeit. Dieser Pemphigus hat grosse Aehnlichkeit mit Syphilis und ist besonders im Anfange die Differential-Diagnose sehr schwierig.

Um nun zu unserem chronischen Pemphigus zurueckzukehren, so wurde derselbe in viele Unterarten eingetheilt; nach Hebra (1) beziehen sich dieselben auf das plus oder minus der Efflorescenzen, wie z. B solit., disseminat. oder auf die verschiedene Zeichnung derselben z. B. gyrat., circin. oder gar nach den subjectiven Erscheinungen wie prurigon. und nach den Complicationen mit anderen Krankheiten, wie hyster., gravid., arthrit, neurot. etc. H. Martius zaehlte deren nicht weniger als 97 auf. —

Wollte ich daher diese Unterarten auf meinen Pemphigus Fall zur Anwendung bringen, so muesste ich denselben eigentlich Pemphigus vulgaris chronicus, diutinus, prurigonosus, malignus taufen.—

Was nun den Fall von Pemphigus foliaceus betrifft, so traten bei einem vorher ruestigen und gesunden Manne von 50 Jahren Ende Januar 1892 mehrere Blasen auf der Brust oberhalb des Sternum's auf, nach deren Platzen jedoch keine neue Epidermis sich bildete, wie dies bei dem soeben geschilderten Pemphigus vulgaris der Fall war, sondern das Corium blieb in einem excoriirten Zustande zurueck und war mit Epidermis-Fetzen und flachen Borken bedeckt. Die Blaseneruption und den ersten Verlauf zu beobachten, hatte ich keine Gelegenheit, aber Dr. Alfr. Regensburger, (2) der am 18. Febr. in Consultation mit Dr. Haggin den Kranken gesehen, theilte mir mit, dass die Blasen, in der fuer diese Krankheit charakteristischen Weise, sich peripherisch fortschreitend vergroesserten und dass durch die Fortpflanzung derselben per contiguum einerseits und durch das Confluiren der fort und fort neu gebildeten Blasen andererseits, bereits schon am 4. Maerz die ganze Hautoberflaeche (die Handteller und Fusssohlen ausgenommen) von diesem Abloesungsprocess ergriffen war. — Als ich am 22. Maerz Patienten zum ersten Male in Consultation sah, konnte man, ohne die Vorgeschichte zu kennen,

---

1) Hebra's Hdb. der Hautkrankheiten. p. 578.

2) Fuer die ausfuehrliche Beschreibung dieses interessanten Falles durch Dr. Alf. Regensburger verweise ich auf das Journal of Cutaneous Diseases Febr. 1893.

an alles andere eher denken als an einen Pemphigus; man glaubte eine Verbruehung oder ein universelles Ekzem vor sich zu haben. Eine Blase war nirgends mehr zu sehen, die ganze Hautoberflaeche hatte ein erymathoeses Aussehen und war mit flachen Krusten und sich abblaetternden Epidermis-Schuppen bedeckt (daher auch der Name Foliaceus); das Bett des Kranken war mit denselben ganz besaeet, die Naegel waren bruechig und die Haare fast alle ausgefallen. Jede Bewegung war durch die Zerrung und Lostrennung der Krusten aeusserst schmerzhaft, Patient stoehnte und jammerte unaufhoerlich und konnte nicht schlafen. Zuletzt stellten sich soporoese Zustaende ein und am 26. Maerz erfolgte (nach kaum 2 monatlicher Erkrankung) der Tod, dem er selbst sehnsuechtig entgegensah. — Nachtragen will ich nur noch, dass am 1. Maerz deutlich das Auftreten einer kleinen Blase auf der Conjunctiva bulbi des linken Auges constatirt wurde. Ein specifischer Micro-Organismus liess sich durch die bacteriologische Untersuchung nicht nachweisen. — Was die Therapie betrifft, so hatten wir in letzter Instanz zum continuirlichen Bade unsere Zuflucht genommen und wenn dasselbe auch nicht lebensrettend sich erwies, so hat es doch viel zur Linderung der Schmerzen beigetragen. — Vielleicht bewaehrt sich eines Tages auch beim Pemphigus die Schilddruesen-Therapie. Die Beobachtung, dass durch dieselbe die Trockenheit der Haut und das Schuppen beim Myxoedem so guenstig beeinflusst worden ist, hat auch bereits in juengster Zeit zu Versuchen bei Psoriasis, Ekzem, Ichthyosis etc. gefuehrt.

Werfe ich nun auf obige Faelle noch einen kurzen vergleichenden Rueckblick, so zeichnet sich unser P. vulg.

1) dadurch aus, dass trotz der wiederholten starken Blasenausbrueche keine Erhoehung der Temperatur vorhanden war und keine nennenswerthe Stoerung des Allgemein-Befindens dem Ausbruche vorhergieng. Wenn irgend ein Symptom in prominenter Weise waehrend des ganzen Krankheits-Verlaufes sich bemerkbar gemacht, so war es nur der ungeheure Juckreiz. —

2) Beinahe die gesammte Hautoberflaeche war vom Pemphigus ergriffen; beim foliac. waren nur die Haende und Fuesse verschont; beim vulgar. auch das Gesicht und der Kopf.

3) Unser P. vulgaris hatte, bis vor dem letzten Recidiv, keinerlei blasenfreie Intervalle und war daher (dem gewoehnlichen Verlaufe entgegen) nahezu permanent.

4) Die vollstaendige Heilung einer so kolossalen, mit Geschwueren und Geschwuersflaechen bedeckten Area erscheint gerade so

staunenswerth, als die, so ploetzlich erfolgte, aussergewoehnliche Verschlimmerung.

5) Bei unserer Patientin schienen die Blasen auf der aeusseren Haut und auf den Schleimhaeuten nahezu gleichzeitig aufgetreten zu sein.

6) Ganz besonders merkwuerdig und selten ist der in dem einem Falle beobachtete Pemphigus Conjunctivae. Bis zum Jahre 1887 waren nur 28 derartige Faelle beschrieben und zwar fieng bei 16 Faellen aus diesen 28 die Affection auf der Haut an, bei 4 Faellen zuerst auf den Schleimhaeuten und bei 8 Faellen am Auge selbst. Arlt hat in 40 Jahren nur einen Fall von P. conj. gesehen, Hebra unter 200 Pemphigus-Faellen keinen einzigen, Horner bei 70,000 Augenkranken nur einen Fall und Graefe sah 4 Faelle. — Der Ausgang selbst ist trostlos und fuehrt zu totaler Blindheit. (1)

7) Wenn schon der P. vulg. in rascher Zeit letal verlief, so ist dies noch viel mehr auffallend bei unserem P. foliac., der, der Casuistik nach, einen besonders langsamen Verlauf einhalten soll, im Minimum 1 Jahr; in obigem Falle Ende Januar die ersten Blasen und bereits am 26. Maerz der toedtliche Ausgang, ohne dass derselbe durch eine intercurrente Krankheit herbeigefuehrt worden waere.

8) Eine bestimmte Veranlassung fuer das Auftreten des Pemphigus liess sich in unseren beiden Faellen nicht nachweisen; angestrengte Thaetigkeit, eine ueberstandene Influenza und andere derartige schwaechende Einfluesse koennen als aetiolog. Momente wohl kaum in Betracht gezogen werden. —

Indem ich nun hiemit meine Betrachtungen ueber Pemphigus beende, liegt mir nur noch die angenehme Pflicht ob, freundlichst des Herrn Dr. Herxheimer aus Frankfurt a. M. zu gedenken, der waehrend seiner Anwesenheit in San Francisco die Guete hatte, den Pemphigus vulgaris Fall mit uns einmal in Consultation zu sehen und seine therap. Erfahrungen uns mitzutheilen.

---

1) Monatsch. f. pract. Dermat. Bd VIII No. X Ueber P. conj. v. Morris und Roberts.

Zwei Faelle von vollstaendiger Erblindung in Folge von maennlicher Hysterie. Heilung.

beobachtet
von
A. BARKAN.

Am 16ten December, 1893, trat ein von zwei Freunden gefuehrter Kranker in mein Consultationszimmer. Ein schwarzseidenes Taschentuch war fest um seine Augen gebunden. Was man von den Gesichtszuegen des Kranken sehen konnte verrieth geistige Depression. Der Kranke, C. E. A., aus Los Angeles, 32 Jahre alt, machte mir den Eindruck eines Mannes in den vierziger Jahren. Von einer polnischen Familie abstammend--hier im Lande geboren, verheirathet und Vater mehrerer Kinder, Mineningenieur und Expert von Beruf–hatte der Kranke mehrere Jahre in Afrika gelebt und dort seine bedeutende Intelligenz in seinem Berufe, wie auch seinen Mannesmuth auf Loewenjagden und Kaempfen mit den Eingeborenen erprobt. Sein Vorleben schien das eines ganzen Mannes. Seine Familien und Geschaeftsverhaeltnisse waren zufriedenstellend. Fruehere Erkrankung von irgend einer Bedeutung wird geleugnet. Keine hereditaere Belastung. Am 25ten des vorhergehenden Monates wollte der Kranke eine Flasche Tomato Catchup oeffnen, als diese in seiner Hand explodirte. Die Glasscherben schlugen an sein Gesicht und seine Augen. Patient wollte das Blut abwaschen, sah jedoch nicht genug um den Weg nach dem Wassertrog in der Kueche zu finden, glitt aus, und fiel auf die linke Seite seines Kopfes. Ganz allein im Hause, blieb der Kranke in bewusstlosem Zustande, (seiner Angabe nach) 5 bis 6 Stunden auf dem Boden liegen. Er blutete weder aus der Nase noch aus den Ohren, erbrach jedoch auf dem Kuechenboden liegend. Im Augenblicke der Wiedererlangung seines Bewusstseins war der Kranke vollstaendig blind und verblieb in diesem Zustande eine Woche lang. Waehrend dieser Zeit litt der Kranke an heftigen und continuirlichen Schmerzen in der Gegend des Hinterkopfs. In der darauf folgenden zweiten Woche wurde gelegentlich mit dem linken Auge Licht erkannt. Hierauf in der dritten Woche wieder intensive Kopfschmerzen — die Augen secernirten maessig. — Darauf nahm die Lichtempfindung wieder ab. In der vierten Woche wurde wieder Licht erkannt, zuweilen die Umrisse voruebergehender Menschen. Die Behandlung bestand aus grossen, mit wenig Erfolg behufs Schmerzstillung angewandten Dosen von Morphium und

Vesicatoren an den Schlaefen und hinter den Ohren. Als ich den Kranken etwa vier Wochen nach stattgehabter Verletzung zum ersten Male sah, bestand bedeutende Empfindlichkeit gegen gewoehnliches Tageslicht wie auch gegen kuenstliche Beleuchtung. Die Lider waren krampfhaft geschlossen und erst nach wiederholter Anwendung von Cocain wurde eine Untersuchung der Augen ermoeglicht. — Das rechte Auge zeigte gerade nach unten am Corneoscleral-Rande eine lineare 1½''' lange Perforationswunde. In Folge der Einheilung eines Zipfels in die Cornealwunde (vordere Synechie) war die Form der Pupille birnfoermig veraendert. — Ganz geringe Reaction auf Licht. Die brechenden Medien waren klar — Augengrund normal. Ein Fremdkoerper (Stueckchen Glas)—im Augengrunde — war nicht zu constatiren. Alle Symptome von Entzuendung mangelten gaenzlich. T. normal. Das Auge war auf Druck leicht empfindlich. Patient gibt an Handbewegung direct vor dem Auge *nicht* zu erkennen — das durch den Augenspiegel in das Auge reflectirte Licht der grossen Argandgasflamme wird erkannt, doch falsch projicirt. —

Das linke Auge zeigt ausser einer maessig dilatirten Pupille und zweifelhafter Lichtreaction dasselbe normale Verhaeltnis. Sehvermoegen absolut nil; steht im letzteren Punkt also dem verletzten rechten Auge entschieden nach. Der Kranke war gemuethlich deprimirt doch trug er den schweren Schlag in maennlich-wuerdiger Weise, beantwortete alle Fragen prompt und frank, und erregte gerechter Weise das Mitgefuehl seiner Freunde, wie auch mein volles Interesse. Die Verwundung des rechten Auges, wiewohl perforirend — musste als eine leichte angesehen werden. Fast taeglich beobachten wir solche Faelle, ohne wesentliche Beeintraechtigung des Sehvermoegens, und wird in den meisten Faellen das verletzte Auge sehr bald wieder gebrauchsfaehig. Faelle von Secundaer-Glaucom, ja selbst sympathischer Iridocyclitis des anderen Auges gehoeren zu den grossen Seltenheiten als Folgeerscheinungen solcher perforirender Hornhautwunden. Man musste sich bald klar darueber werden, dass die fast vollstaendige Erblindung des Verletzten und die absolute Erblindung des linken Auges auf die Verletzung und sympathische Einwirkung derselben nicht zurueckzufuehren sei, sondern in Anbetracht des normalen Sehnervenbefundes und des Fehlens eines jeden Anhaltspunktes einer acuten und so lange ohne Veraenderung persistirenden cerebralen Affection, — entweder auf Simulation oder Hysterie beruhen muesse. Fuer die erste Annahme lag durchaus keine Berechtigung vor. Patient war jung, wohl-

habend, fuehrte ein glueckliches Familien-Leben, hatte einen grossen und theilnehmenden Freundeskreis und machte einen durchaus ehrlichen und sympathischen Eindruck. Von der Voraussetzung ausgehend, dass es sich um Hysterie handle, wurde die Prognose mit Entschiedenheit guenstig gestellt; Strychnininjectionen 1/25 gr. pro Dosi, application des constanten Stromes, Eisen, kraeftige Diaet — taeglich zweimalige Spaziergaenge, kalte Abwaschungen und Massage liessen dem Kranken wenig Zeit zum Nachgruebeln. Die schwarze Binde, die nicht nur die Augen, sondern in gewissem Sinne auch das Gehirn des Kranken verhuellte, wurde durch maessig dunkle Schutz-Glaeser ersetzt. Wenige Tage dieser Behandlung genuegten, um der aeusseren Erscheinung des Kranken einen energischen Ausdruck zu verleihen, doch musste das Terrain langsam erobert werden. Am 22. Dec. zeigte die eine Pupille leichte, aber deutliche Reaction auf Licht — keine Reaction rechts. Am 28. Dez. oeffnete der Kranke zum ersten Male ohne jede Empfindlichkeit zu zeigen, seine Augen. Beiderseits leichte doch deutliche Reaction. Wenige Tage spaeter macht der Kranke freiwillig die Mittheilung, dass er zu sehen anfange; zaehlt Finger in 2 Fuss. Das Gesichtsfeld ist hochgradig eingeengt. Farben werden schlecht unterschieden. Innerhalb der naechsten zwei Wochen bei unausgesetzter energischer Behandlung und andauernder Suggestion der sicher in Aussicht stehenden Wiederherstellung des Sehvermoegens macht Patient stetige Fortschritte. Patient muss Geschaeftshalber nach Los Angeles. Kehrt nach zwei Wochen wieder — waehrend dieser Zeit wurde die Behandlung nur lueckenhaft fortgesetzt; dementsprechend tritt keine weitere Besserung ein. Zurueckgekehrt und unter dem Einflusse des positiven aerztlichen Willens genas der Kranke innerhalb weniger Wochen gaenzlich und bisher ohne Recidive. Sehvermoegen — Arbeitsfaehigkeit — Gesichtsfeld und Farbensinn sind normal.

* * *

Der zweite Fall betrifft einen weit weniger intelligenten und interessanten Kranken. Frank M. B. 30 Jahre alt, unverheirathet, Steward in einem Hotel im Lande, von gutem Aussehen, starken sexuellen Neigungen, die er in normaler Weise und mit Erfolg befriedigte, praesentirte sich mir am 19. Juli im Zustande der absoluten Erblindung. Vor einem Jahre wurde er in Chicago wegen "Wasser auf der Leber behandelt." Vor einigen Monaten hatte er rheumatische Schmerzen in der Huefte und den Armen, nahm Medicin die von einem Apotheker verschrieben wurde, und merkte sofort dar-

nach Abnahme seines Sehvermoegens. Vor sechs Monaten erlosch das Sehvermoegen seines Rechten — dann begann die allmaehlige Abnahme seines Sehvermoegens im linken Auge, das vor vier Wochen gaenzlich erblindete. Heftige und constante Schmerzen in einem Auge und linker Kopfhaelfte, die in der Rueckenlage und beim Biegen des Kopfes an Intensitaet zunahmen. Opiate mussten fortwaehrend verabreicht werden. Rechterseits keine Schmerzen. Es scheint keine hereditaere Belastung vorzuliegen.

Die Untersuchung ergiebt: leichte marginal Roethung der Lider, leichte Lachrymation. Bewegung der Augen normal — doch schmerzhaft.

Rechterseits — punktfoermige centrale Cornealnarbe. Normale Vorderkammer; deutliche Pupillenreaction. Gegenueber der Hornhautnarbe eine centrale Linsenkapseltruebung — offenbar das Resultat einer in Folge von Bleunorrhoea Neonatorum stattgehabten Perforation eines Cornealgeschwuers. Brechende Medien und Augenhintergrund normal. R. V. = O.

Linkerseits allseitig normaler Befund. Normale Pupillenreaction. T. normal. Palpation leicht schmerzhaft.

Links glaubt Patient die Bewegung der Hand von oben nach unten zu bemerken, nicht aber von rechts nach links; klagt ueber ein Gefuehl der Confusion. —

Die Diagnose Hysterie war in diesem Falle durch die erste energische Behandlung mit dem constanten Strome constatirt — Der Kranke sieht sofort die Elektrische Lampe (16 candle power) auf der gegenueber gelegenen Wand, etwa 8 Fuss entfernt. Dieselbe Behandlung wie im vorigen Falle verursacht heftige neuralgische Schmerzen im linken Auge. Bedeutendes Thraenentraeufeln. Deutliche, prompte Pupillenreaction. Patient sieht Finger in horizontaler Weise bewegt und folgt denselben mit den Augen.—Wenn man die Hand von oben nach unten bewegt bleiben die Augen stille stehen.

Unter localer Anwendung von starken faradischen Stroemen, auf die der Kranke gemuethlich intensiv reagirt, lernt er innerhalb weniger Tage die Finger in groesserer Entfernung zaehlen. Die Verbesserung des Sehvermoegens folgt jetzt Schlag auf Schlag um in der Zeit von etwa 3 Wochen normal zu werden (nur ist das Sehvermoegen links entsprechend der Kapseltruebung subnormal,) doch wird auch mit diesem Auge kleiner Druck gelesen.

Nach seiner Rueckkehr berichtete Patient brieflich von einem leichten Rueckfall, der bald vorueber gieng und bisher nicht wiedergekehrt ist.

Schwangerschaft und Geburt

BEI

Fibromyoma Uteri.

VON

HEINRICH J. KREUTZMANN.

Im Sommer 1891 sah ich in Consultation Fr. B., 40 Jahre alt, Ungarin von Geburt, Bruenette, mit Anlage zu Fettpolster. Die Frau erfreute sich guter Gesundheit mit Ausnahme zeitweilig auftretender Darmbeschwerden: Durchfaellen und Kraempfen. Die Untersuchung der Geschlechtstheile ergab die Anwesenheit eines huehnereigrossen Fibromyomes, in der hinteren Gebaermutterwand in Hoehe des inneren Muttermundes eingebettet. Es bestanden keinerlei Beschwerden von Seiten des Fibroids, deshalb wurde natuerlich von jeder Behandlung abgesehen. Die Frau war unfruchtbar verheirathet in mehrjaehriger Ehe; wie ich viel spaeter erfuhr, war die Unfruchtbarkeit eine beabsichtigte. Ich machte gelegentlich der Untersuchung die Bemerkung, dass die vorhandene Geschwulst wohl die Unfruchtbarkeit bedinge (nichts ahnend von den wirklichen Verhaeltnissen.) Die Nutzanwendung, die Patientin von dieser Bemerkung machte, war die, dass sie die seitherigen Verhuetungsmassregeln unterliess.

Im Fruehsommer 1892 sah ich die Frau wieder; die sonst regelmaessige Periode war zweimal ausgeblieben, der Leib war sehr stark vergroessert, es bestanden heftige Schmerzen im Unterleibe, besonders in der rechten Unterbauchgegend. Irgend welche subjective Schwangerschaftszeichen waren nicht vorhanden. Die Veraenderungen der Brueste, der Vulva und Vagina machten wohl Schwangerschaft im fibro-myomatoesen Uterus wahrscheinlich, doch war Schwangerschaft nicht absolut sicher nachzuweisen. Die bedeutende Ausdehnung des Leibes war bedingt durch eine grosse, laengsgestaltete, etwas bewegliche Geschwulst mit glatter Oberflaeche in der rechten Bauchseite, von dem Becken sich erstreckend einerseits zum Rippenbogen, andererseits ueber die Mittellinie nach links. Ausserdem war ein zweiter, kleinerer Tumor vorhanden, der weit ins Becken von der linken Uterusseite her hineinragte, und sich ueber die Symphyse nach oben erstreckte und mit dem anderseitigen Gewaechse so zusammentraf, dass von der eigentlichen Gebaermutter. deren Portio stark nach oben verzogen war, nichts zu fuehlen war.

Die heftigen Schmerzen schwanden bald unter entsprechender Behandlung; ich sah die Frau laengere Zeit nicht. Als sie dann zu mir zurueckkehrte, konnte ich feststellen, dass der Gebaermuttergrund die beiden Geschwuelste etwas zur Seite draengte und es gelang Herztoene links vom Nabel zu hoeren; im Uebrigen waren die Verhaeltnisse unveraendert. Es wurde in Berathung mit einem anderen Arzte der Beschluss gefasst, den natuerlichen Verlauf der Dinge abzuwarten. Die Beschwerden der Schwangeren waren ertraeglich, und wurden zu keiner Zeit der Schwangerschaft bedrohlich. Patientin wurde der Rath ertheilt, sich fleissig zu bewegen und geeignete Diaet einzuhalten, um ein leichtes Kind zu erzielen, Dinge, die sehr gewissenhaft durchgefuehrt wurden. Die Frau wurde wiederholt gesehen und untersucht und war besonders bemerkenswerth die geringfuegige weitere Zunahme des Leibesumfanges gegenueber der raschen bedeutenden Vergroesserung in den allerersten Monaten; ausserdem trat die linksseitige Geschwulst langsam aus dem Becken in die Hoehe.

Die Geburt trat Mitte Januar 1893 ein. Bei dem Besuche Abends 11 Uhr wurde mitgetheilt, dass seit mehreren Tagen die Wehen thaetig seien; das Kind lebt, Kopf steht im Beckeneingang beweglich, keine Geschwulst von der Scheide aus zu fuehlen, Cervix ist verstrichen, Muttermund fuer die Fingerspitze durchgaengig. Um sechs Uhr des naechsten Morgens ist der Muttermund weit eroeffnet; unter kraeftigen Wehen allmaehlig voelliges Eroeffnen des Muttermundes und Tiefertreten des Kopfes; schliesslich rascher Fortgang der Geburt: um Mittag wird das mittelschwere Kind weiblichen Geschlechts in 1. Schaedellage mit einfacher Nabelumschlingung um den Hals geboren.

Es gelingt nicht die Nachgeburt mit einfachem Drucke zu entfernen, es wird deshalb 1½ Stunden nach Geburt des Kindes die Hand eingefuehrt und die im aeusseren Muttermunde festgehaltene Nachgeburt leicht und in ihrer Ganzheit entfernt. Blutung ganz gering, keine Nachwehen; die beiden Geschwuelste ruecken nach der Mittellinie zusammen. Am 4. Tage des Wochenbettes stellte sich Erbrechen ein, Fieber und Pulsbeschleunigung, hervorgerufen durch einen gastrischen Zustand in Folge zu reichlicher Nahrungsaufnahme. Dann durchaus gutes Befinden bis zum 10. Tage, wo wieder gastrische Reizung. Am 12. Tage p. p. trat ploetzlich, Pat. war noch zu Bett, eine sehr heftige Blutung ein. Es wurde festgestellt, dass die Gebaermutter noch sehr gross ist, der linke Tumor ist tiefer getreten, der rechtsseitige aber gar nicht verkleinert,

Cervicalcanal fuer den Finger durchgaengig. Auf heisse Scheideneinspuelungen und kleine Gaben Ergot stand die Blutung rasch, um nicht wiederzukehren.

Monate spaeter stellte sich Pat. in der Sprechstunde vor; der Leib war flach, die Gebaermutter gut zurueckgebildet, die rechtsseitige Geschwulst gut abzutasten in der Groesse eines Huehnereies, dagegen von der linksseitigen trotz sorgfaeltigem Absuchen Nichts zu fuehlen, ebensowenig wie sie bei der ersten Untersuchung sich bemerklich gemacht hatte.

Das Zusammentreffen von Schwangerschaft und Geburt mit Gebaermutterfibroiden und -Myomen ist vielfach Gegenstand von Mittheilungen gewesen, zusammenfassender und casuistischer Art. Beim Ueberblicken der Casuistik, wie sie beispielsweise niedergelegt ist im Centralblatt fuer Gynaekologie, erhaelt man den Eindruck, dass Schwangerschaft oder Geburt und Uterus-Fibromyom eine aeusserst ernste Complication darstellt. Dabei kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass es gerade die Schwierigkeit der betreffenden Faelle gewesen ist, was den Beobachter zur Mittheilung veranlasste und ohne Operation verlaufende Faelle wurden wohl oefters nicht der Mittheilung werth erachtet. Irgend welche Schluesse auf Mortalitaet etc., aus diesem zufaelligen Materiale zu machen, ist unzulaessig; groesseres Gewicht ist dagegen den Beobachtungen und Erfahrungen eines einzelnen Arztes beizulegen. In juengster Zeit hat Hofmeier in einer Arbeit "Ueber den Einfluss der Fibromyome des Uterus auf Conception, Schwangerschaft und Geburt" in der Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynaekologie Bd. XXX., 1. Heft seine eigenen reichen Erfahrungen niedergelegt, und kommt er auf Grund derselben zu Ansichten, welche abweichend sind von denen, die bisher gang und gaebe waren.

Bezueglich der Conceptionsfaehigkeit myomkranker Frauen kommt Hofmeier, entgegen den seitherigen Anschauungen zu dem Schlusse, dass die Anwesenheit eines Myomes Empfaengniss guenstig beeinflusse, insofern als "bei myomkranken Frauen die ganze Thaetigkeit des Geschlechtsapparates, also auch die der Ovarien, sich ungewoehnlich lange erhaelt, damit die Moeglichkeit zu concipiren bei ihnen in erhoehtem Maasse vorhanden ist."

Die Gefahren der vorzeitigen Unterbrechung der Graviditaet bei Myomen haelt Hofmeier fuer nicht groesser als bei der gewoehnlichen Schwangerschaft. Seine Erfahrungen fasst er in folgenden Worten zusammen:

"Ich glaube mit aller Bestimmtheit nach meinen Erfahrungen aussprechen zu koennen, dass die Complicationen, welche die Myoma waehrend der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes bieten, nur in wenigen Faellen wirkliche ernstliche Gefahren verursachen, und durch Geduld, eine vorsichtige Behandluug der Geburt, besonders eine streng antiseptische Leitung derselben, durch vorsichtiges Abwarten in der Nachgeburtsperiode ganz wesentlich herabgesetzt werden koennen."

Durch die Eroerterungen Hofmeier's ist die Frage des Einflusses der Gebaermutter-Fibromyome auf Conception Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wieder eroeffnet worden. Alte, scheinbar unerschuetterlich feststehende Grundsaetze sind in Zweifel gezogen. Die Entscheidung der Sache kann nur durch weitere zahlreiche Beobachtungen, auch gerade von Seiten der praktischen Aerzte gebracht werden. Von diesem Gesichtspunkte aus erschien mir der von mir beobachtete Fall der Mittheilung werth.

Wann ist die spec. Urethritis als erloschen zu betrachten?

von

M. KROTOSZYNER.

Von vornherein soll constatirt werden, dass diese fuer die praktische Medicin so ausserordentlich wichtige Frage mit unseren jetzigen Kenntnissen ueber die Pathologie des gonorrhoischen Processes noch nicht als endgueltig geloest betrachtet werden kann. Dass sie ihrer Loesung sehr nahe ist, wird Niemand bezweifeln, der die auf diesem Gebiet ueberaus reiche Literatur der letzten Jahre verfolgt hat.

Zuvoerderst ist die Stellung der Diagnose in zweifelhaften Faellen von spec. Urethritis d. h. der sichere Nachweis von Gonococcen dem beschaeftigten Praktiker noch immer sehr erschwert. Hier sind wir durch die Vereinfachung des Plattenkulturverfahrens nach Finger (1) Ausstreichen gonorrhoischen Eiters auf in Petri'sche Schalen ausgegossenes Harnagar. (1 Th. Harn zu 2 Th. Agar.) — fuer die praktische Verwerthung der Methode erheblich gefoerdert werden. Denn Harnagar kann jeder prakt. Arzt sich un-

1) Beitraege zur Biologie des Gonococcus und zur pathiolog. Anatomie des gonorrh. Processes Centralblatt fuer die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. 1894. VII.

schwer herstellen, waehrend Blutsesum ein fuer den taeglichen Bedarf, sehr muehsam herzustellender Naehrboden ist. Doch gibt der Harnagar wie Finger hervorhebt, (1) keinen guenstigen Naehrboden resp. negative Resultate bei an Keimen sehr armen Material, was ja zumeist bei den zweifelhaften Faellen der chronischen Urethritis der Fall ist. Zudem gehoeren selbst zu dieser (vereinfachten) Methode ein kleines bakteriologisches Laboratorium und gute technische Schulung, zwei Erfordernisse die nicht jeder praktische Arzt besitzt.

Dem gegenueber muss betont werden, dass die von Neisser (2) angegebene Methode der mikroskopischen Untersuchung fuer die Praxis in den meisten Faellen gute und sichere Resultate gewaehrt und nur in den allerwenigsten Faellen das Plattenverfahren zur Nothwendigkeit macht. Auch die Behauptung Tonton's, (3) dass nach seiner "ca. 10jaehrigen und in einer an Blenorrhoe sehr reichen Privatpraxis" gesammelten Erfahrung die immerhin noch umstaendliche Culturmethode selbst in solchen Faellen in denen es sich um Gemische verschiedener Arten von Bakterien handelt, nicht mehr leistet als die mikroskopische Untersuchung, erscheint als durchaus gerechtfertigt vom praktischen Standpunkte, vorausgesetzt, dass die Untersuchungen, um Irrthuemern vorzubeugen, oefters wiederholt werden.

Wenn also auch mit Genugthuung constatirt werden kann, dass die Gonococcenfrage eine mehr und mehr gesicherte wissenschaftliche Basis erhaelt, so sind wir mit ihr noch bei Weitem nicht am Ziele. So sichere Resultate uns z. B. das Mikroskop bei beginnender Tuberculose giebt und so segensreich gerade hier fuer die Prophylaxe der Umstand gewirkt hat, dass jeder praktische Arzt durch ein einfach auszufuehrendes Verfahren in den Stand gesetzt ist, zu exacten diagnostischen und prognostischen Schluessen zu gelangen, so unsicher ist noch immer in zweifelhaften Faellen von Urethritis — und diese kommen ja nur fuer unsere Frage in Erwaegung — das Resultat fuer den allgemeinen Praktiker, das er aus dem ihm zugaenglichen Untersuchungsmodus gewinnt. Vielleicht wird es gelingen, farbenanalytische Eigenschaften des Gonococcus zu finden, die ihn bei Coccengemisch etc. von andern Microorganismen unterscheiden, vielleicht glueckt es fortgesetzten Bemuehungen, ein ein-

1) l. c.

2) Welchen Werth hat die mikroskop. Gonococcenuntersuchung? D. med. Wochenschrift 1894. No. 22, 23 und 24.

3) Der Gonococcus und seine Beziehungen zu den blenorrhoischen Processen. B. Klin. Wochenschrift 1894. Nr. 22, 23 und 24.

faches, leicht ausfuehrbares Plattenverfahren zu finden, das auch bei keimarmem Secret untruegliche Resultate giebt.

Hier also sind fuer die Beantwortung unserer Frage, wann die specifische Urethritis erloschen sei, noch grosse Schwierigkeiten zu ueberwinden. Weitere ergeben sich aus der folgenden Erwaegung:

Wollte man die obige Frage dahingehend beantworten, die chronische Urethritis sei dann als erloschen zu betrachten, wenn Gonococcen selbst durch das Plattenkulturverfahren nicht mehr nachweisbar seien, so wuerde man praktisch damit verhaengnissvolle Irrthuemer begehen und oft grossen Schaden anrichten. Broese und Reichert (1) haben nachgewiesen, dass in Faellen, in denen Secret und Faeden des Mannes gonococcenfrei befunden wurden, eine Infection der Frauen ausgeloest ward; auch ergab die mikroskopische Untersuchung des Vaginalsecretes der Frauen, bei welchen Maenner sich unzweifelhaft inficirt hatten, negative Resultate quond Gonococcen. Ich will hier diejenigen Einwaende uebergehen, welche von anderen Autoren (Bumm, Werthheim) gegen die Befunde Broese's beigebracht wurden (Involutionsformen der Gonococcen, Luther's sog. Dauersporen der Gonococcen) und moechte der auf dem letzten internationalen Congress von Touton (2) ausgesprochenen Anschauung beitreten, dass der chronisch entzuendliche Prozess auch ohne Anwesenheit der Gonococcen oder deren Dauerformen fortdauern koenne.

Dass dem wirklich so ist, zeigen gerade die Faelle mit jenem langsam ascendirenden, oft schwer verlaufenden Entzuendungsprozess der weiblichen Genitalien, welche neuere Untersuchungen stets als typische Gonococceninfection festgestellt haben.

Damit aber haben wir den wichtigsten Punkt der uns hier beschaeftigenden Frage beruehrt. In der Praxis praesentiren sich uns haeufig Maenner, welche ein sehr spaerliches Secret angeblich seit Jahren aufweisen, das sich als frei von Gonococcen zeigt, ja nicht selten stellen sich uns solche Faelle vor, welche subjectiv keine Beschwerden haben und objectiv (beide Urinportionen frei von Faeden, kein Secret) nichts aufweisen und nur der Sicherheit halber wegen der voraufgegangenen Gonorrhoeattacken vor der Verheirathung sich einer Untersuchung unterziehen. Nach welchem Modus haben wir dann vorzugehen, um der Verantwortung, welche die Frage unserer Patienten uns auferlegt, ob sie ohne Skrupel heirathen duerfen, gerecht zu werden?

---

1) Zur Aetiologie, Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe. D. med. Wochenschrift 1893. Nr. 16, 17 und 18.

2) l. c.

Mich hat diese Frage schon seit laengerer Zeit beschaeftigt und ich suchte ihrer Loesung durch eine Reihe von Untersuchungen naeherzukommen, die ich im vorigen Jahre auf Anregung Posner's in Berlin auf seiner Poliklinik ausfuehrte. (1) Das Ergebniss derselben ist, dass man in Faellen, in welchen durch die bis dahin uebliche (zwei Glaeser) Untersuchungsmethode nichts Pathologisches mehr nachgewiesen werden konnte, in der dritten nach Expression der Prostata gewonnenen Urinportion (Expressionsharn) noch Krankheitsreste nachweisen konnte.

Damit ist sicher fuer eine Reihe von Faellen eine brauchbare diagnostische Handhabe gegeben, um sie auf ihre evt. Infectionsfaehigkeit zu pruefen. Ihre anatomische Grundlage finden diese Faelle in den muehsamen Untersuchungen Finger's (2) welcher bei einer Anzahl von Leichen, die an chron. Urethritis in Vivo gelitten hatten, peri- und endoglandulaere Veraenderungen in den Druesen der Prostata und ihrer Umgebung fand. Ihre klinische Bestaetigung finden diese Befunde in der von J. Veit vorher ausgesprochenen Anschauung, dass in solchen Faellen, in denen anscheinend gesunde Maenner Frauen inficirt haetten, diese Infection gerade durch das Auspressen der Prostata bei der ejaculatio seminis bewirkt wurde.

Ich habe diese Methode (Expressionsmethode) in neuester Zeit an einem so reichen Krankenmateriale nachzupruefen Gelegenheit gehabt, dass ich heute ihre diagnostische Bedeutung als eine sichere erachten moechte.

In der fuer diese Untersuchungen grundlegenden Arbeit Posner's (3) wird hervorgehoben, dass bei diesen Zustaenden fast nie erhebliche Formveraenderungen der Prostata zu constatiren seien. Ich kann dem auf Grund meiner sehr zahlreichen Palpationen der Prostata, die ich zu diagnostischen und spaeterhin therapeutischen

Congresses f. innere Med Wiesbaden 1893.

Zwecken vornahm, nicht ganz beipflichten. Man wird in einem nicht geringen Prozentsatz der an Urethritis erkrankt gewesenen Individuen Volumszunahmen entweder der ganzen Druesensubstanz oder eines Lappens constatiren koennen. Nicht selten faellt eine an Consistenz differente kleinere Parthie der Druese dem palpirenden Finger auf, von der man auf energischen oft selbst sanfteren Druck Schmerzempfindungen ausloesen kann. Dann findet man

---

1) Zur Diagnostik und Therapie d. Urethritis post. chron. Centralblatt f. d. Krankh. der Harn- und Sexualorg. 1893. IX.

2) Beitraege zur patholog. Anatomie d. Blenorrhoe. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. 1893 I.

3) Zur Diagnose und Therapie der chron. Prostatitis. Verhandlungen des

auch — und das ist mir wiederholt aufgefallen — in der Umgebung der Prostata eine schmerzhafte Stelle d. h. bei oefteren Rectalpalpationen konnten immer wieder von derselben Stelle Schmerzaeusserungen hervorgerufen werden.

Nicht unwichtig fuer die Loesung unserer Frage sind auch die Resultate, welche wir (Dr. Spencer und ich) (1) durch methodische mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des durch Expression gewonnenen Prostatasekretes erhielten. In Faellen, in denen ein Persistiren des Entzuendungsprozesses in den Anhangsgebilden der hinteren Urethra angenommen werden konnten, waren im Prostatasekret zahlreiche Eiterkoerperchen und Eiterschollen nachweisbar. Auch der Forderung durch vergleichende Untersuchungen von Gesunden i. c. nie an einer Gonorrhoe erkrankt gewesenen Individuen zu exacten Schluessen zu gelangen, suchten wir gerecht zu werden und kamen zu der Ueberzeugung, dass eine auffallende Vermehrung der Rundzellen im Prostatasecrete stets auf einer entzuendlichen Reizung der Druese beruht, die meistens (nicht immer) gonorrhoischer Natur ist. Dort natuerlich, wo es gelingt, im Prostatasekrete Gonococcen nachzuweisen, ist die Diagnose sicher gestellt. Zu aehnlichen Resultaten ist fast gleichzeitig Putzler (2) gelangt, welcher die Forderung aufstellt, die Prostata und ihr Secret moeglichst bei jeder Gonorrhoea posterior zu untersuchen.

Was nun ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel, welches zur Entscheidung der uns hier beschaeftigenden Fragen herangezogen werden kann, betrifft — ich meine die sog. provokatorischen Injectionen bez. Ansspuelungen — so moechte ich dieselben nur fuer die geringe Zahl derjenigen zweifelhaften Faelle angewandt wissen, bei welchen die Diagnose durch die oben angefuehrten Methoden nicht mit Sicherheit gestellt werden kann. Neisser (3) giebt zwar an, dass in Faellen, in denen man wiederholt vergebens nach Gonococcen gesucht hatte, die vorher vermissten oder verdeckten Gonococcen in ueberraschend reichlicher Menge durch provokatorische Ausspuelungen zur Anschauung kaemen. Doch steht dem gegenueber, dass man oft unnoethigerweise akute Reizzustaende schaffen und evt. Gesunden direkt schaden koennte. Immerhin wird man bei strikter Individualisirung sich dieser Methode zur endgueltigen

1) Chronic. prostatitis after gonorrhoca. Journal of the Am. med. Ass'n. July 1894.

2) Mittheil. ueber die Betheiligung der Prostata an dem gonorrhoischen Prozess der Urethra. IV. Congress d. D. Dermatolog. Ges. zu Breslau 1894.

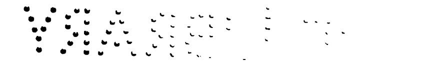
3) Ueber die Ansteckungsfaehigkeit der chron. Gonorrhoe. Tageblatt der 58. Naturforscherversammlung 1889.

Entscheidung allerdings mit Einhaltung des nil nocere bedienen duerfen.

Also soviel werden wir aus den obigen Darlegungen, die natuerlich auf erschoepfende Behandlung des Gegenstandes keinen Anspruch machen, schliessen duerfen, dass der geschulte Arzt die Frage, wann die chronische Urethritis als erloschen erachtet werden koenne, immerhin schon mit annaehernder Sicherheit zu beantworten vermag. Wiederholte Untersuchung (mikroskopisch resp. bacteriologisch) des etwaigen Sekretes, evt. bei Coccengemisch Plattenkulturverfahren, Untersuchung der dritten (Expressions-) Urinprobe; da wo Secret fehlt: mikroskopische Untersuchung des Prostatasekretes und das Ergebnis der Rectalpalpation, in einzelnen Faellen provokatorische Ausspuelungen: das ist unser diagnostisches Armamentarium, mit dem man unter Zuhuelfenahme der Anamnese und des evt. klinischen Befundes in den allermeisten Faellen schon zu brauchbaren, exakten Schluessen wird gelangen koennen.

Damit duerften wir in den Stand gesetzt sein, die Infectionsgefahr fuer unsere jungverheiratheten Frauen auf ein Minimum zu beschraenken resp. ganz zu verhindern. Damit aber duerfte auch der in Laien — und nicht minder in Aerztekreisen ueberhandnehmenden uebertriebenen Furcht vor der Unausrottbarkeit und der nie erloeschenden Infectionsfaehigkeit der Gonorrhoe begegnet werden. Ist doch neulich von einem hervorragenden Fachmanne in einem angesehenen Specialorgane (1) ernsthafter Weise der Vorschlag gemacht worden, in jedem Falle von beginnender Gonorrhoe schleunigst die Bontonniere auszufuehren, um das Weiterschreiten der Gonococceninvasion auf die hintere Harnroehre zu verhindern! —

1) Burnside Foster. The ideal treatment of acute Gonorrhoea. Is it justifiable? Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases. Sept. 1894.



Ueber die Vergroesserung subcutaner Lymphdruesen bei der tertiaeren Syphilis.

von

DOUGLASS W. MONTGOMERY.

Wenn eine oder mehrere oberflaechliche Lymphdruesen sich immer mehr vergroessern, so wird diese Vergroesserung, falls sie als solid und nicht als das Resultat einer Abscessbildung erkannt werden kann, gewoehnlich als entweder malignes Lymphadenom oder Lymphosarcom, Lymphadenom verbunden mit Leukaemie oder als Tuberkulose angesehen.

Nach Ausschluss der Leukaemie durch die Untersuchung des Blutes wird die Frage einer Operation eroertert; es wird dem Kranken auseinander gesetzt, dass die Exstirpation der Neubildung die einzige Aussicht auf Wiederherstellung biete. In der Mehrzahl der Faelle wird die Diagnose richtig sein, und jene Behandlung durch unsere Kenntniss derartiger Krankheiten gerechtfertigt. Nun aber belehren uns in eindringlicher Weise die beiden folgenden Faelle, dass gelegentlich die Vergroesserung der Lymphdruesen ein Symptom der tertiaeren Syphilis darstellt, und dass eine geeignete Behandlung zur gaenzlichen oder partiellen Rueckbildung der Geschwulst fuehren und den Patienten vor einer immerhin ernsten Operation bewahren kann.

Ein Mann von ungefaehr 30 Jahren consultirte mich am 11ten Juli, 1889, wegen einer schmerzlosen, unbeweglichen Geschwulst, welche ungefaehr die Groesse einer Walnuss hatte und auf der linken Halsseite, unter der Mitte des Musculus sternocleido-mastoideus lag. Es ist manchmal sehr schwer zu ermitteln ob ein solches Gewaechs innerhalb oder unterhalb des Muskels sich befindet; in diesem Falle jedoch habe ich mich versichert, dass es unterhalb desselben lag. Die Haut war nicht daran betheiligt. Er erzaehlte, dass die Geschwulst sich waehrend der letzten paar Wochen eingestellt haette und stetig an Groesse zunehme. Vor vier Jahren haette er nach unreinem Beischlaf ein Ulcus acquirirt, welchem eine Angina und ein Hautausschlag folgten. Deswegen waere er lange Zeit hindurch von einem zuverlaessigen Arzt antisyphilitisch behandelt worden. Sonst erfreute er sich in jeder Beziehung einer guten Gesundheit.

Ich verordnete ihm fuenf Gran Jodkali, welche Dosis auf fuenfzehn Gran gesteigert werden sollte. Unter dieser Therapie nahm die Geschwulst schnell ab und als ich am 13ten Maerz, 1892

drei und vierzig Monate nach seinem ersten Besuch bei mir, die Gelegenheit hatte ihn wieder zu untersuchen, war ich ausser Stande irgend eine Spur der frueheren Vergroesserung zu entdecken.

Es handelte sich in diesem Falle wahrscheinlich um eine gummoese Ablagerung in eine Lymphdruese des Halses, und es war nur noethig, an die Moeglichkeit eines derartigen Vorkommnisses zu denken und das Heilmittel wenige Tage lang anzuwenden, um die Frage zu entscheiden. Es war jedoch keine gleichgueltige Sache fuer den Patienten, denn man hatte ihm wiederholt dringend gerathen, sich die Geschwulst entfernen zu lassen. (1)

Es sind aber nicht alle Faelle von tertiaer-syphilitischer Erkrankung einfache gummoese Ablagerungen, und manchmal ist ein langer fortgesetzter Gebrauch des Jodkali erforderlich um eine vollstaendige Rueckbildung zu erreichen. Und in manchen Faellen verschwinden nicht alle Spuren der Vergroesserung gaenzlich, in Folge der Gegenwart von unresorbirbarem Narbengewebe, welches gleichzeitig mit der echten syphilitischen Ablagerung gebildet wurde. In der Februarnummer des Pacific Medical Journal vom Jahre 1891 habe ich ein Beispiel dieser Abart von syphilitischer Lymphdruesenvergroesserung veroeffentlicht, welches wie folgt, lautet:

Am 12ten November 1889 kam auf meine Abtheilung der San Francisco Polyclinic der Baecker L., ein Deutscher, einunddreissig Jahre alt. Anamnestisch gab er folgendes an: Seine Eltern lebten und waren gesund. Ein Bruder und eine Schwester waren ebenfalls gesund. Tuberkulose war in der Familie nicht vorgekommen. Im Alter von 21 Jahren, also zehn Jahre bevor ich ihn kennen lernte, acquirirte er ein Geschwuer am Penis, welches ungefaehr zwei Wochen, nachdem er sich der Infection ausgesetzt hatte, erschien. Darauf wurde er wegen Syphilis behandelt und nahm er keine Sec-

1) Lannois und Lemoine (Des Adenopathies Superficielles dans la Syphilis Tertiaire, Revue de Médecine, 10. April 1887) berichten ueber einen frappirenden derartigen Fall, welchen Lustgarten erlebte.

Ein Patient, dessen Leiden fuer Lymphadenom gehalten wurde, sollte gerade einer Exstirpation der erkrankten Halsdruesen unterworfen werden, als Lustgarten deutliche Zeichen der tertiaeren Syphilis an ihm erkannte und daher forderte, dass man erst eine antisyphilitische Behandlung versuche. Der Patient wurde in verhaeltnissmaessig kurzer Zeit geheilt.

In seiner Arbeit "On the Subcutaneous Glandular Affections of the Late Stage of Syphilis (Gummous or Tertiary Bubo or Lymphoma)" im Medical Record, New York, January 11th 1890, citirt Lustgarten aus Langenbeck's Werk ueber Gummi-Geschwuelste, welches im Jahre 1881 veroeffentlicht wurde, einen Fall, in welchem eine Geschwulst, die der Vermuthung nach entweder Sarcom oder Carcinom sein sollte, aus der Leistengegend entfernt wurde; die Kranke starb an Pyaemie. Nach der mikroskopischen Untersuchung des exstirpirten Gewebes, erklaerten Langenbeck und Virchow beide, dass es sich um ein Gumma handelte.

undaererscheinungen wahr. Fuenf Jahre spaeter stellten sich an beiden Seiten des Halses Anschwellungen ein, welche denjenigen glichen, die zur Zeit, als er in meine Behandlung trat, bestanden; unter antisyphilitischer Behandlung verschwanden sie in circa zwei Wochen. Wiederum traten vor ungefaehr drei Jahren Anschwellungen in beiden Achselhoehlen auf, welche gleichfalls antisyphilitisch mit Erfolg behandelt wurden. Er vermochte nicht anzugeben welche Arznei das eine oder das andere mal angewendet worden war; beiden Aerzten jedoch hatte er dieselbe Anamnese mitgetheilt, und angeblich hatten sie ihn beide wegen Syphilis mit gutem Erfolg behandelt. Die Anschwellung erschien wieder am Halse circa fuenf Monate ehe er zu mir kam; ungefaehr zwei Monate vorher hatte er Malariafieber in Portland, Oregon durchgemacht.

Er war bleich, doch wollte er es von jeher gewesen sein; die Schleimhaeute waren nicht besonders blass. Er war zwar schwach, doch ziemlich gut genaehrt. Eine grosse, ovale, subcutane Geschwulst, welche in der Richtung von vorn nach hinten abgeplattet war, erstreckte sich von beilaeufig zwei Zoll oberhalb des linken Schluesselbeins bis zu ungefaehr derselben Entfernung unterhalb desselben. Die ueber der linken Lungenspitze bestehende Daempfung war der Geschwulst zuzuschreiben, denn spaeter, als die Geschwulst verschwunden war, wurde der Schall wieder normal. Ueber dem rechten Schluesselbein war eine vergroesserte Druese fuehlbar, welche auf Druck einen Schmerz in der rechten Achselhoehle entstehen liess, wahrscheinlich durch Anpressen gegen eins der cervicalen Nervengeflechte. Die Druesen beider Achselhoehlen waren betraechtlich vergroessert, einige hatten die Groesse eines Taubeneies. Die Groessenzunahme war am meisten in der linken Achselgrube ausgesprochen. Die Sigmund'sche Druese war rechts vergroessert; ferner waren in beiden Leistengegenden die Druesen etwas verhaertet und geschwollen. Die Geschwuelste waren saemmtlich frei beweglich, mit Ausnahme der sehr grossen an der linken Halsseite, welche bis ueber die Brust herabreichte. Alle waren derb. Die einzige druckempfindliche Geschwulst war die ueber dem rechten Schluesselbein befindliche, und auch dort war der Schmerz nicht am Druckpunkt, sondern in der Achselhoehle localisirt. Ueber den Rippen an der rechten Seite des Brustkastens befand sich eine derbe, frei bewegliche, schmerzlose Druese, oder ein subcutanes Gumma von ungefaehr Bohnengroesse. Nirgends war die Haut adhaerent an die darunter liegende Geschwulst. Die weissen Blutkoerperchen waren nicht merklich vermehrt und die rothen hatten

regelmaessige Form und Groesse (1). Der Urin war normal.
Die Milz war nicht nachweisbar vergroessert, die Knochen waren weder schmerzhaft noch auch nur empfindlich. Es waren keine Anzeichen von Vergroesserung der tiefliegenden Druesen vorhanden, weder des Abdomens noch des Thorax. Wegen der unueberwindlichen Schwierigkeit, eine Diagnose zwischen tertiaer-syphilitischer Lymphdruesenvergroesserung und der Hodgkin'schen Krankheit zu stellen, ferner wegen der Angabe eines wahrscheinlich ansteckenden Geschwuers und in Anbetracht des bei zwei verschiedenen Gelegenheiten durch antisyphilitische Behandlung erzielten Erfolges, wurde beschlossen, dem Patienten grosse Dosen Jodkali zu verordnen, anfangend mit fuenf Gran drei mal taeglich und steigernd um einen Gran bei jeder Dosis. Nach zwei Tagen sah ich den Patienten wieder; die Aussicht war nicht gerade sehr ermuthigend, denn eine neue Druese wurde ueber dem linken Schluesselbein entdeckt, auch hatte die epitrochleare Druese links zu schwellen begonnen, und nach einer Woche, obwohl er sich staerker fuehlte, wurde noch eine Geschwulst vor dem linken Musculus sterno-cleido-mastoideus im Niveau des Kieferwinkels entdeckt. Es ist bemerkenswerth, dass die Koerpertemperatur waehrend dieser raschen Vergroesserung der Druesen nicht anstieg. Ungefaehr am Ende des ersten Monats der Behandlung, waehrend er taeglich hundert und fuenf Gran Jodkali einnahm, stellte sich die Besserung schnell ein, indem alle Druesen an Groesse abnahmen, und die grosse Geschwulst an der linken Halsseite gaenzlich verschwand. Da er unter der Wirkung der Arznei etwas zu leiden anfing und die dringenden Indicationen zur Behandlung vorueber waren, wurde die Dosis verringert. Spaeter wurde die Menge des Jods mehrere Male vermehrt und vermindert, und man liess auch Pausen von einer oder zwei

---

1) In diesem Falle zwar schloss die Blutuntersuchung die Leukaemie aus, doch kann die Aehnlichkeit, wenn auch nur selten, sich sogar bis auf eine entschiedene Vermehrung der weissen Blutkoerperchen erstrecken. In seinem classischen Werke "Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen" sagt Virchow beim Commentar zu Fall VI (S. 102): "Sind die Druesengeschwuelste zahlreich und gross, so koennen sie, wie die Leukaemischen, von einer sehr auffaelligen Vermehrung der farblosen Blutkoerperchen (Leukocytose) begleitet sein. Unser Fall VI bietet ein schoenes Beispiel dafuer. Allein in der Regel ist das hyperplastische Gewebe dicht, die Zellenmasse so gedraengt, dass sie fruehzeitig dem Lymphstrome Hindernisse setzen muss, und der Uebergang zur Nekrose, oder besser zur Nekrobiose ist so fruehzeitig, dass die activen, productiven Vorgaenge in der Druese bald unterbrochen werden muessen. Dann wird die Folge davon eine verlangsamte Bildung von Lymphkoerperchen, eine Verarmung des Blutes an zelligen Bestandtheilen sein, und es begreift sich, dass nur selten eine ausgesprochene Leukocytose, meist Oligaemie (Chloroanaemie, Kachexie, Marasmus) die Folge ist."

Wochen in der Behandlung eintreten, wo dies rathsam erschien.

Im Dezember 1890, ungefaehr dreizehn Monate nach Anfang der Behandlung, erfreute er sich guter Gesundheit; nur zwei kleine Druesen waren nachweisbar; die eine von ca. Bohnengroesse, war rund und hart. und in der linken Achselhoehle zu fuehlen, waehrend die andere, die Epitrochleardruese ein wenig groesser und weich war.

Wenn, wie in diesen beiden Faellen, die Druesenschwellung im cervicalen Lymphapparat vorkommt, so liegt die Gefahr besonders nahe, dass jene irrthuemlicherweise fuer malignes Lymphom oder Lymphosarcom gehalten werden und somit zu einer ungerechtfertigten Operation Veranlassung geben koennte. (1) Die syphilitische Simulation des malignen Lymphoms kann in frappirendem Maasse durchgreifend sein und selbst einen sorgfaeltigen und gewissenhaften Beobachter taeuschen. Das maligne Lymphom ergreift haeufig zuerst eine der Druesen an der Seite des Halses, und das kann auch die syphilitische Affection; das maligne Lymphom recidivirt nach der Exstirpation, die syphilitische Druesenvergroesserung kann das ebenfalls scheinbar thun, wahrscheinlich durch die spaetere Betheiligung einer benachbarten Druese; das maligne Lymphom bildet Metastasen, indem es sich nach oben oder nach unten in der Druesenkette erstreckt, und diesem Zuge begegnet man auch bei der syphilitischen Erkrankung; und endlich koennen selbst bei mikroskopischer Untersuchung feinere anatomische Unterschiede, welche eine Differenzirung zwischen den beiden Affectionen ermoeglichten, fehlen. Wenn man also zufaellig die antisyphilitische Behandlung nicht versucht, so kann eine vollkommene Nachahmung in Bezug auf jede Einzelheit des klinischen Bildes und des anatomischen Baues vorliegen.

Ausser dem malignen Lymphom haben Lannois und Lemoine in ihrer ausgezeichneten Arbeit ueber "Die oberflaechlichen Adenopathien bei tertiaerer·Syphilis" (2) darauf aufmerksam gemacht, dass bei scrophuloesen Individuen die Druesen bei secundaerer Syphilis sich manchmal enorm vergroessern, und dass falls sie vereitern, die Vergroesserung chronisch werden und lange bestehen bleiben kann, nachdem die Haut- oder andere sie verursachende Laesionen verschwunden sind. Solche muessen selbst endlich von den unab-

---

1) Wenn die oberflaechlichen Druesen ergriffen werden, so sind es gewoehnlich die am Halse und in der Leiste gelegeneu. E. Lanceraux. Traité d'Anatomie pathologique. Tome Deuxième, p. 526.

2) Loc cit.

haengigen tertiaer-syphilitischen Lymphdruesenvergroesserungen sorgfaeltig unterschieden werden, und das sind die Faelle, in welchen Scrophulose und Syphilis (1) so unentwirrbar in einander gefuegt sind, dass Ricord diesen Zustand in witziger Weise das Scrophulat der Syphilis genannt hat.

Ferner muessen wir noch unterscheiden zwischen der tertiaer-syphilitischen Druesenvergroesserung, welche progressiv ist, und, wie wir gesehen haben, sich wie ein malignes Gewaechs benimmt, und einer einfachen persistirenden secundaer-syphilitischen Druesenvergroesserung. In einer Anzahl von Faellen naemlich bleibt die Schwellung der Lymphdruesen, welche bei der secundaeren Syphilis ja so haeufig ist, bestehen, anstatt zu schwinden; jedoch fahren solche Druesen nicht fort sich zu vergroesseren, sondern verbleiben als Knoetchen von constanter Groesse. In der That finden sich nicht selten selbst bei Leuten die nie an Syphilis gelitten haben, einige harte und deutlich palpirbare subcutane Lymphdruesen, welche aber natuerlich keine Tendenz zeigen sich zu vergroessern. (2)

---

1) Loc cit.

2) Felix Behrendt ("Ueber das Verhalten der Lymphdruesen bei Syphilis. Inaugural Dissertation, Wuerzburg, 1886);" fand, dass bei 65 nicht-syphilitischen Individuen folgende Druesen vergroessert waren: bei 62 die Leistendruesen; bei 52 die Submaxillardruesen; bei 50 die Cervicaldruesen; bei 7 die Occipitaldruesen; bei 7 die Mastoidaldruesen; bei 6 die Pre-auricülardruesen; bei 5 die Mentaldruesen; bei 3 die Paramammillardruesen.

Ein Fall von Maladie des Tics convulsifs

VON

L. NEWMARK.

Aus der Menge noch unklassifizirter neuropathologischer Erscheinungen ist es vor einigen Jahren der Schule der Salpetriere gelungen, ein eigenartiges aus koerperlichen sowie geistigen Symptomen zusammengesetztes Krankheitsbild hervorzuheben und abzugrenzen.

Die franzoesische Bezeichnung dieses Symptomencomplexes als maladie des tics convulsifs ist auch in der deutschen Litteratur ueblich. Dieser Name birgt in sich jedoch die Gefahr der Verwechslung mit andersartigen, wenn auch zum Theil aeusserlich aehnlichen Krankheitszustaenden, weshalb Jolly statt desselben die Benennung maladie des tics impulsifs, welche auch eine exactere Deutung der dem Leiden eigenthuemlichen Bewegungen zu enthalten scheint, vorgeschlagen hat. Ferner wird der Krankheit bisweilen der Name von Gilles de la Tourette, welcher sie zuerst genauer beschrieb, beigelegt.

Wesentlich Merkmale der besprochenen Affection sind die unwillkuehrlichen Bewegungen, welche einen psychischen, triebartigen Character tragen und sich nach kuerzeren oder laengeren Pausen gleichfoermig wiederholen; die sprachlichen Zwangsaeusserungen, welche hauptsaechlich in ebenfalls immer wiederkehrenden, mehr oder weniger obscoenen Redensarten bestehen (Coprolalie); ferner einzelne Muskelcontractionen und fibrillaere Zuckungen. Diesen Erscheinungen sind manchmal gewisse andere beigesellt, wie z B. die unbezwingbare Neigung zur Nachahmung (Echolalie und Echokinese) oder eine "Obsession," wie die Zaehlsucht u. dgl.

Im folgenden Falle sind die Hauptzuege der Krankheit gut ausgepraegt.

Die Patientin, ein israelitisches Maedchen von vierzehn Jahren, wurde mir mit der Klage zugefuehrt, dass sie gewohnheitsmaessig zuckende Bewegungen mit dem Kopfe ausfuehre und ausserdem unanstaendige Redensarten ausstosse.

Nachforschungen wegen etwaiger in der Familie sonst vorgekommener Nervenleiden fielen negativ aus.

Die Eltern der Patientin sind Geschwisterkinder. Von ihren sieben Kindern erfreuen sich alle mit Ausnahme dieses Maedchens einer guten Gesundheit. Bis zu ihrem neunten Lebensjahr war dieses kraenklich; es hatte wiederholt an pneumonischen Anfaellen zu leiden. Im Alter von zehn Jahren begann die gegenwaertige

Krankheit. Wie sich dieselbe im Anfang aeusserte, laesst sich nicht mehr ganz genau feststellen; der langjaehrige Hausarzt, welcher darueber wohl haette Auskunft geben koennen, ist leider um die Zeit, als ich den Fall kennen lernte, gestorben.

Es wurde jedoch ermittelt, dass die Patientin anfangs eine Gehstoerung zeigte, die in einem Schleifen des linken Fusses am Boden bestand und einen Chirurgen zur Diagnose eines Hueftgelenksleidens verleitet haben soll. Sehr rasch aber wurde die Gangart wieder normal. Bald darauf fuehrte sie Bewegungen mit der linken Hand aus, wie wenn sie etwas der Hand Anhaftendes kraeftig abschuetteln wollte. Auch diese Gewohnheit blieb nicht lange bestehen. Nach ihrem Schwinden trat die Bewegung des Kopfes auf, welche noch heute zu beobachten ist.

Den Zeitpunkt der ersten obscoenen Auesserungen vermoegen die Angehoerigen der Patientin nicht genau anzugeben; jedenfalls traten jene fruehzeitig auf. Das Maedchen hat von Anfang an immer dieselben drei Fluch- und Schimpfwoerter gebraucht; diese gehoeren mit zu den gemeinsten Kraftausdruecken, welche man in Amerika zu hoeren bekommt. Sie entschluepfen der Patientin im Allgemeinen ohne Ruecksicht auf die Zeit, den Ort oder die Umstaende. Sie werden mit lauter Stimme beim Spielen, beim gemeinsamen Familienessen, sowie auf oeffentlicher Strasse ausgestossen. Doch vermag das Maedchen bisweilen sie zu unterdruecken z. B. in Gegenwart des Arztes, im Theater und neulich waehrend der Confirmationsfeier. Allerdings kehrt dann der Trieb zu unflaethigen Ausdruecken bald verstaerkt wieder. In der Schule werden die Aeusserungen dadurch zurueckgedraengt, dass die Patientin sich das Taschentuch in den Mund stopft und so nur einen unverstaendlichen Laut entweichen laesst.

Neben diesem Symptom der Coprolalie bietet die Patientin gewisse andere impulsive Erscheinungen dar. Ein kurzer, trockener Hustenstoss soll nach der Meinung der Angehoerigen die Bedeutung eines unterdrueckten Schimpfwortes haben. Wahrscheinlich beruht diese Meinung auf einer Mittheilung der Patientin selbst. Gewissermaassen ebenfalls fuer die Coprolalie vicariirend scheint das Zwangsspucken zu sein. Tritt der Trieb zum Spucken auf, so ist er kaum zu baendigen. Ist das Taschentuch bereit, so wird gewoehnlich dieses zum Auffangen des Speichels benutzt; sonst muss irgend etwas anderes herhalten oder es wird einfach auf den Boden, oder gar auf einen kostbaren Teppich gespuckt. Wird Patientin deswegen getadelt, dann autwortet sie: "Ich muss spucken. Wenn ich nicht spucke, dann muss ich schimpfen."

Coprolalie und Spucksucht erreichen beide einen besonders hohen Grad, wenn das Maedchen aufgeregt wird. Aufregungen mit diesen Folgen treten fast regelmaessig ein, wenn einem bevorstehenden Ereigniss entgegen gesehen wird, gleichgueltig, ob dieses freudiger oder unangenehmer Art sei. Soweit ich darueber etwas in Erfahrung bringen konnte, scheint es sich um eine beunruhigende Tendenz zum Gruebeln ueber das heranrueckende Ereigniss zu handeln, welche erst nach Vollendung des letzteren wieder weicht. Die Angehoerigen befolgen daher das Prinzip, die Patientin, soweit wie moeglich, immer nur im letzten Augenblick von einem geplanten Besuch des Theaters, von erwarteter Gesellschaft im Hause u. dgl. m. in Kenntniss zu setzen; von angekuendigten Pruefungen in der Schule muss sie dispensirt werden. Wird diese Vorsicht nicht beobachtet, so erfolgt im erregten Zustande, wie die Mutter erzaehlt, ein unaufhoerlicher Schwall von unflaethigen Ausdruecken, und wird gespuckt, bis das Taschentuch von Speichel trieft.

Nicht gerade als zur Coprolalie gehoerig, wohl aber als verwandte Erscheinung muss der nicht selten auftretende Trieb der Patientin bezeichnet werden, durch den Zwischenruf "you're a liar!" diejenigen, welche sich mit ihr unterhalten, in der Rede zu unterbrechen.

Von Echolalie sind nur schwache Andeutungen vorgekommen; dieselbe bekundet sich manchmal in der Neigung ertheilte Befehle mehrfach zu wiederholen. Staerker dagegen, als die Tendenz zum Wiederholen ist die zum Widersprechen ausgepraegt. Dabei bleibt es nur beim Widerspruch, es kommt nie zum Zuwiderhandeln, denn waehrend es widerspricht, gehorcht das Maedchen doch ohne Zoegern.

Uebrigens ist die Patientin von normaler Intelligenz und durchaus gesittet; an ihrem Benehmen ist sonst nichts auszusetzen. Die geschilderten Aeusserungen und Handlungen stehen in einem solchen Contrast zu ihrem wirklichen Wollen und Empfinden, dass ihre Angehoerigen jene schon laengst als krankhaft erkannt haben.

Die Zwangsbewegungen, die tics convulsifs, dieses Falles sind einfacher Art verglichen mit solchen, die man sonst in manchen Faellen beobachten kann. Dieselben beschraenken sich auf eine Drehung des Kopfes nach rechts und ein Blinzeln mit den Augen. Die Bewegungen sind kurz, schnell und ziemlich gewaltsam, und bewahren bei jeder Wiederholung durchaus denselben Charakter, sie machen den Eindruck des Impulsiven und haben keine Aehnlichkeit mit choreatischen oder mit myoklonischen Bewegungen. Ferner sind feine fibrillaere Zuckungen der unteren Augenlider zu erwaehnen. Die Bewegungen erfolgen nicht continuirlich, die Intervalle zwischen den einzelnen sind von sehr verschiedener Dauer. Im Schlafe soll jedwede abnorme Muskelthaetigkeit aufhoeren.

Die Krankheit hat im Verlaufe der seit ihrem Anfange verflossenen vier Jahre keine erheblichen Veraenderungen erfahren. Spontane Remissionen sollen sich mehrfach gezeigt haben; nach deren Ablauf aber sind die krankhaften Erscheinungen in verstaerktem Maasse wieder aufgetreten.

Was die Therapie anbelangt, so hat es natuerlich nicht an Versuchen seitens der Eltern gefehlt, durch Ermahnungen die Coprolalie zu bekaempfen; erzielt wurde nichts. Das vielgebrauchte "God damn it!" versuchte man durch "God bless me!" zu ersetzen, — vergebens. Eben sowenig Erfolg hat die von Aerzten geleitete Therapie zu verzeichnen gehabt. Mir selbst ist bisher keine Gelegenheit geboten worden, den Einfluss einer Behandlung zu beobachten. Die Electricitaet soll von anderer Seite angewandt worden sein—mit dem wohl vorauszusehenden Resultat; auch die hypnotische Therapie scheiterte.

Man hatte grosse Hoffnungen auf den Eintritt der Menstruation gesetzt; diese hat sich nun vor einem Jahre eingestellt und ist seitdem immer in normaler Weise wiedergekehrt, ohne aber eine Veraenderung des Leidens herbeizufuehren.

Die Identitaet des soeben geschilderten Krankheitsbildes mit dem von der franzoesischen Schule beschriebenen duerfte keinem Zweifel unterliegen. Der Beginn im Kindesalter, die tic-artigen Bewegungen und die Coprolalie genuegen schon, um den Zustand vollstaendig zu kennzeichen. Ob dieses Leiden mit der als Latah in Java, als Jumping in Maine und als Meriatschenje in Ost-Sibirien bekannten und dort endemisch auftretenden Affection identisch ist, scheint noch nicht sicher. Obwohl von manchen behauptet, leugnet doch Tokarski, welcher in Sibirien Faelle von Meriatschenje gesehen hat, die Identitaet. Jedenfalls handelt es sich bei der Maladie des tics um einen morbus sui generis; weder die gewoehnliche Chorea noch der Paramyoclonus ist damit zu verwechseln. Auch der schon so viele neurotische Erscheinungsformen umfassenden Hysterie versucht man hier und dort diese Affection einzuverleiben: es kam an dieser Stelle auf eine genaue Eroeterung einer solchen Auffassung nicht eingegangen werden, mir scheint aber bei Beruecksichtigung des Anfangs und des Verlaufs der Tic-krankheit ihre Identificirung mit der Hysterie nicht gerechtfertigt zu sein. Dass die Hysterie jene gelegentlich vortaeuschen kann, ist wohl zuzugeben. Es sei nachtraeglich noch bemerkt, dass im vorliegenden Falle hysterische Stigmata vollstaendig fehlen. Von den als habit spasm oder (nach Weir Mitchell) habit chorea bezeichneten Bewegungen sind die bei der beschriebenen Patientin auftretenden nicht wesentlich verschieden; erst das Hinzutreten der Coprolalie und der verwandten Erscheinungen verleiht dem Krankheitsbilde den charakteristischen Zug.

Spindelzellensarkom der Fussole geheilt durch Chopart, mit dorsalem Lappen.

VON

JULIUS ROSENSTIRN.

Unter den Entwicklungstaetten des Sarkoms am menschlichen Koerper nimmt der Fuss und namentlich dis Fusssole eine durch auffallende Seltenheit gesonderte Stellung ein. In der mir zugaenglichen Literatur konnte ich nur einen Fall v. Eiselsberg's (1) finden, in welchem ein Sarkom primaer an der Innenseite des Fusses aufgetreten war und in seinem weiteren Wachsthum auf die Fusssole ueberging, waehrend bei der von mir beobachteten Patientin der Sitz der Geschwulst ausschliesslich auf die Fusssole beschraenkt war. Aetiologisch ist die Neubildung vielleicht den von Esmarch zuerst, in seiner bekannten Zusammenstellung boesartiger Geschwuelste, beschriebenen Faellen anzureihen, welche sich auf luetischem Boden entwickeln.

Frau N. N., 52 J., aus Daenemark, ueberwiesen von Dr. Willy Meyer in N. Y., sucht mich am 12ten April, 1892, zum ersten Male auf. In N. Y. wurde sie in das Skin und Cancer Hospital, mit der ausserhalb gestellten Diagnose Tumor Recidiv in der Sole des linken Fusses geschickt und kam auf Dr. Meyer's Abtheilung. Sie litt seit 8 Jahren an Schmerzen und unschriebener Anschwellung in der linken Fusssole. Vor 2 Jahren war die erste Operation, die Entfernung der damals vorhandenen Geschwulst der Sole, von Dr. N. Rodgers in San Francisco ausgefuehrt worden. Nach einer einjaehrigen beschwerdefreien Zwischenzeit bemerkte sie eine Anschwellung unter der alten Operationsnarbe und mit dieser kehrten auch die alten Schmerzen zurueck.

Ihre Leiden hatten bei der Aufnahme in das Skin und Cancer Hospital einen so hohen Grad erreicht, dass die Patientin sehnlichst die Unterschenkelamputation wuenschte. Bei der Untersuchung fand Dr. Meyer, wie er mir guetigst mittheilte, unzweifelhafte Zeichen alter Lues, und verweigerte daher fuer's erste die Amputation oder lokale Recidiv-Operation. Mit der Patientin wurde ein strammes antispezifisches Verfahren durchgefuehrt und beobachtete Dr. Meyer

---

1) Wien klin. Wochensch. 1889, No. 19-S. 373.

dass innerhalb der 3 Wochen dieser Behandlung, die Geschwulst um ca. ein Viertheil ihrer frueheren Groesse zurueckging und ausserordentlich weich, fast semifluktuirend wurde. Die Schmerzen wurden indessen nicht besser und in der ihr vollstaendig fremden Umgebung wurde Patientin so von Heimweh ergriffen, dass sie um ihre Entlassung bat und hierher zurueck kehrte. Am Tage nach ihrer Ankunft wurde sie in das Hospital aufgenommen. Sie ist klein und sehr corpulent, Sprache mit leicht nasalem Beiklang. Sie war bis vor 8 Jahren, als das Fussleiden anfing, ausser an den gewoehnlichen Kinderkrankheiten, nie ernstlich erkrankt. Eine Tochter, jetzt verheirathet, ist ihr einziges Kind, doch hat sie mehere Fehlgeburten gehabt. Ihr Mann ist an einer, mit Geschwuersbildung ueber den ganzen Koerper einhergehenden, Krankheit gestorben. Sie giebt an nie ein Geschwuer oder Schmerzen an den Genitalien gehabt zu haben und errinert sich nicht, das sie je einen Ausbruch von rothen Flecken auf ihrer Haut beobachtet hat. Dagegen soll ihr in Folge eines Falles, nach laengerer Eiteruug, ein Stueck Knochen aus der Nase abgegangen sein und ist sie in Boston und Washington an Halsgeschwueren behandelt worden, welche, nach den unvollstaendigen Mittheilungen der etwas beschraenkten Kranken zu schliesseu, bei den behandelnden Collegen ebenfalls den Eindruck luetischen Ursprungs machten.

Stat.: Ausgepraegte Sattelnase, alte Geschwuersnarben an beiden seitlichen und der hinteren Rachenwand] und am weichen Gaumen. Uvula nicht vorhanden. — Larynx frei. — Brust und Unterleibsorgane ergeben bei der Untersuchung normale Verhaeltnisse. Auf der Aussenhaelfte der linken Fusssole eine fast huehnereigrosse Geschwulst, welche sich von ca. $1\frac{1}{2}$ ctm. hinter dem Talo-Naviculargelenk bis zur Metatarso-Phalangeallinie erstreckt. Sie ueberragte die Solenflaeche um die Groesse und Form eines laengshalbirten Huehnereies und gab das Gefuehl deutlicher Fluktuation. Ueber ihre Mitte zog sich die alte Operationsnarbe in der gespannten und verduennten, normal gefaerbten Haut. Selbst leichter Druck auf die Narbe war aeusserst schmerzhaft besonders an dem vorderen Endpunkte. Nach Angabe der Patientin ist die Geschwulst groesser als je zuvor und die Schmerzen so quaelend wie nur je. Jodkali, Schmierkur wurden energisch fortgesetzt doch ohne jeden Erfolg, die Schmerzen nahmen eher zu als ab. Um jeden Zweifel ueber die taeuschende Fluktuation zu heben wird unter streng aseptischen Cautelen eine Punktion mit Probetroicart gemacht, und da nichts hervorsickert, die Punktionsoeffnung mit der Spitze eines Tenotoms erweitert. Es entleeren sich nur einige Tropfen Blut. Trotz antiseptischen Occlusivverbands heilt die kleine Wunde nicht, es wuchert aus ihr eine pilzfoermige, rothe, leicht blutende Masse hervor. Ein kleines Probestueck wurde abgetragen und frisch

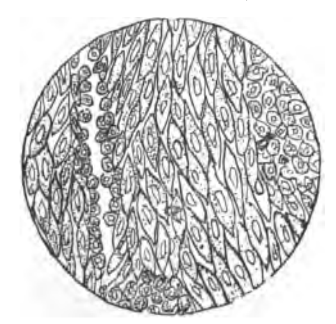


untersucht, mit dem Gefrier-Mikrotom. In Folge des mikroskopischen Befunds, Spindelzellensarkom, wurde die Absetzung des Fusses im Gesunden beschlossen. Die Frau gehoerte der dienenden Klasse an, einen Stelzfuss konnte sie in ihrem Berufe nicht tragen. Eine kuenstliche Prothese mit haeufigen Reparaturkosten passte nicht fur ihre Mittel. Die verhaeltnissmaessig geringe Boesartigkeit dieser Geschwulstform und das sehr langsame Wachsthum des Tumors unterstuetzte die Zulaessigkeit des Grundsatzes, soviel vom Gliede zu erhalten wie nur moeglich. Die Wahl lag zwischen Chopart und Pirogoff. Beim Pirogoff hatte ich reichlich gesunde Fersenhaut zur Bedeckung des Stumpfes, dagegen floesste mir das Alter und die Vorgeschichte der Patientin gerechte Zweifel an die Knochenheilung ein. Fuer den Chopart sprachen unversehrte Knochen und bessere Stuetzflaeche, dagegen musste ich die Solenhaut bis zur Ferse fortnehmen und einen dorsalen Lappen zur Deckung umschlagen. Ich hatte keine Erfahrung ueber die Zweckmaessigkeit dieser Aushuelfsmethode, fand auch in der Literatur keinen Aufschluss darueber, doch schien mir der Versuch nicht sehr gewagt und ich beschloss ihn auszufuehren. Operation am 5. Mai 1892. (Chloroformnarkose). Hochlagerung des Gliedes, Esmarchscher Schlauch. Die Umschneidung des Dorsallappens beginnt dicht hinter der Basis der Phalangen, er wird bis zum Talo-Naviculargelenk hart am Knochen abpraeparirt, dann, nach Exarticulation des Vorderfusses, Durchschneidung der Fersenhaut weit im Gesunden und Blutstillung, umgeklappt und in der Sole an die Fersenkappe angenaeht. Ein kurzes duennes Drainrohr wird an der Nahtstelle in jeder Seite befestigt. Compressions Occlusiv-Verband.

Die Heilung wurde durch einige leichte Zwischenfaelle gestoert. Eine kleine Randgangraen breitete sich auf ⅓ der Breite des Dorsallappens, ungefaehr 3—4 Millimeter weit, aus, sie demarkirte sich dann und wurde der brandige Teil langsam abgestossen. Die Temperatur stieg nie ueber 100.0 (38.0) puls 96 und ging nach Ablauf der ersten Woche auf die Norm zurueck. Der weitere Wundverlauf wurde noch durch ein acutes Eczem der Fussrueckenhaut unterbrochen, das jedoch nach einigen Tagen, bei einfacher Streupulverbehandlung mit Zinc. oxydat. heilte. — Die Wunde granulirte langsam und konnte Patientin erst Mitte Juli die ersten Gehversuche machen. — Sie benutzt dazu einen Schnuerstiefel, dessen vorderer Theil ausgefuellt ist. Jetzt, zwei und ein halb Jahre nach der Operation ist sie voellig unbehindert in dem Gebrauche des Fusses und ganz schmerzfrei. Sie bekleidet schon seit fast zwei Jahren eine der Leitungsstellen unter dem Waeschepersonal unsres groessten Hotels

und muss den ganzen Tag auf ihren Fuessen sein. Ich habe eine Photographie des Amputationsstumpfes hier eingeschaltet. Die an der Fusssole gelegene Narbe ist nicht druckempfindlich, frei von jeder makroskopisch sicht- oder fuehlbaren krankhaften Veraenderung, die vom Fussruecken umgeklappte Haut ist etwas verdickt und vollkommen functionstuechtig. Am Praeparat sind der Flexor brev. digitor. der Quadratus plantae und der Interosseous secund. von der huehnereigrossen Geschwulst durchwachsen. Der Tumor erstreckt sich in die Tiefe bis zu dem 2. u. 3. Metatarsalknochen, an deren Unterseite er das Periost theilweise zerstoert hat; vom 2. nur in einer 2½ ctm. langen dem 3. Metatarsalknochen zugewandten Flaeche, waehrend von diesem die ganze untere Schaftflaeche von Periost entbloesst ist. Die Arteria Plantaris externa war durchgaengig waehrend die zwischen den beiden kurzen Zehenbeugern gelegenen Zweige des nervus plantaris in die Geschwulstmasse aufgegangen waren; ein Umstand der wohl fuer die ausserordentlich heftigen Schmerzen verantwortlich war. Ueber die erste Operation konnte ich leider wenig erfahren. Dr. Rodgers errinnerte sich nur, dass, nach der anscheinend vollstaendigen Entfernung der Geschwulst die Wunde anstandslos heilte. Die mikroskopische Untersuchung wurde nicht gemacht, einer specifischen Behandlung war die Patien- nicht unterworfen worden.

Die Geschwulst wurde jetzt in der gewoehnlichen Weise gehaertet und in Celloidin gebettet. Die Schnitte wurden theils mit Lithiokarmin, theils mit Haematoxylin gefaerbt. Zuege von dicht an einander gereihten; in der Laengsrichtung getroffenen gross-kernigen spindelfoermigen Zellen sind von anderen, im Querschnitt durchtrennten, Rundzellen vortaeuschenden, umgeben, ueberall Zelle an Zelle gelagert kaum erkennbare Zwischensubstanz. In nebenstehender Abbildung sind: (a) laengs getroffene



(b) quer getroffene Spindelzellen. Obgleich noch nicht ganz drei Jahre seit der Operation verflossen sind, glaube ich doch eine Radicalheilung annehmen zu duerfen. Bei der Seltenheit der Localisation auf der Fusssole, laesst sich wohl kaum erwarten, dass selbst bei sehr grossem chirurgischen Material, die Erfahrung dieses einen Falles fuer eine Reihe anderer bald nachgeprueft wird, dagegen wuerden Mittheilungen ueber die Verwerthbarkeit der Fussruecken-haut fuer die Gehflaeche recht nuetzlich sein.

Ueber die lokale Behandlung des Carbunkels und eine neue Operations-Methode derselben.

VON

F. TISCHER.

Eine Uebersicht der Litteratur der letzten zehn Jahre ueber die locale Behandlung des Carbunkels zeigt im wesentlichen drei verschiedene Richtungen: Die erste sucht die Affection lediglich durch aeussere Application antiseptischer Mittel, die zweite durch subcutane Einverleibung von solchen und die dritte durch operative Eingriffe zu beheben.

Die erste Methode wird hauptsaechlich durch die Franzosen vertreten. Zur Anwendung kommen die verschiedensten antiseptischen Mittel in geloester oder Pulverform, daneben feuchte Waerme oder Eis. Verneuil laesst einen Carbolloesung-Spray in einer Entfernung von $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Meter auf die erkrankte Hautparthie wirken und gewoehnlich zwei Stunden taeglich in 3—4 Sitzungen appliciren. Er ueberzeugte sich, dass derselbe einen ausserordentlichen schmerzlindernden Einfluss ausuebt, die Heilung herbeifuehrt und alle weiteren Maassnahmen spec. operative Eingriffe ueberfluessig macht. In der Zwischenzeit laesst er hydropathische Umschlaege mit Carbolloesungen machen, wobei die benachbarten Theile geschuetzt werden.

Zur Ausfuehrung der zweiten Methode, der subcutanen Injection bediente sich Billroth einer aetherischen Loesung von Jodoform, Sercin gebrauchte Jodloesung, Lominski und Andere Carbolloesung.

Die allgemein bekannte operative Behandlung ist die, grosse sich kreuzende Schnitte durch den Carbunkel zu machen, die solang sein muessen, dass die infiltrirte Haut ganz durch bis in's Gesunde

gespalten wird. Ausserdem werden noch Einschnitte an Stellen gemacht, wo die Haut gangraenoes zu werden droht, oder wo sich bereits weisse Punkte befinden. Von verschiedenen Seiten wird empfohlen die gangraenoesen Herde mit dem scharfen Loeffel auszukratzen, eventuell mit Anwendung von Cocain-Anaesthesie.

Die Radikaloperation, die Exstirpation des Carbunkels hat Riedel in der deutschen medic. Wochenschrift 1891 Nr. 27 angegeben:

Zum Zwecke der Exstirpation fuehrt er um das Infiltrat einen Kreisschnitt und von diesem aus peripherwaerts und senkrecht darauf gegen die gesunde, das Infiltrat bedeckende Haut an 4 oder mehreren Punkten radiaere Schnitte, incidirt aber nicht ueber dem Carbunkel selbst. Dadurch werden mindestens vier Hautlappen gebildet, welche vom Infiltrate abpraeparirt werden. Jenseits des Infiltrats dringt man in die Tiefe gegen die Muskelfascie vor, um das Infiltrat von der Fascie abzuloesen und auf diese Weise die Exstirpation zu beendigen. Die oft recht betraechtliche Blutung wird durch Compression und Tamponade gestillt. Am naechsten Tage werden die abgeschwollenen Hautlappen noch naeher aneinandergelegt, der centrale Defect sichert den Abfluss der Sekrete.

Riedel ruehmt dieser Methode Folgendes nach: Die Exstirpation sorgt dafuer, dass ein gefaehrlicher Entzuendungsherd binnen einer halben Stunde durch einen voellig harmlosen Substanzverlust in Haut und subcutanem Bindegewebe ersetzt wird, dass jedes Progressivwerden des localen Processes ebensosicher ausgeschlossen ist, wie jede Allgemeininfection von dort aus, und dass der Verlust an gesunder den Carbunkel umgebender Haut ein moeglichst geringfuegiger, dementsprechend die Heilung eine rasche und die Narbe eine gute sein wird.

Ich habe im Laufe der letzten Jahre drei Faelle von Carbunkel des Nackens in der folgenden Weise operirt:

Ich fuehre parallele circa einen Zoll von einander liegende, bis tief ins Unterhautbindegewebe reichende horizontale Schnitte die beiderseits bis in's Gesunde gehen. Der oberste und der unterste Schnitt liegen vollkommen in der gesunden Haut. Dann fuehre ich senkrecht darauf wieder einen Zoll von einander liegende parallele Schnitte, deren aeusserste ebenfalls beiderseits im Gesunden liegen. Der ganze Carbunkel wird dadurch in quadratische Stuecke zerlegt.

In dem ersten der drei Faelle hatte ich die Grenzschnitte nicht im Gesunden gefuehrt, es erfolgte ein Weitergreifen des Carbunkels, sodass ich mich genoethigt sah, die Schnitte zu verlaengern und die

Grenzschnitte im Gesunden zu fuehren. Darnach fand keine Progression mehr statt. In den beiden anderen Faellen, wo ich die Grenzschnitte von vornherein im Gesunden gefuehrt, hatte kein Weitergreifen stattgefunden.

Die weitere Behandlung bestand in mehrmals taeglichem Abwaschen mit Sublimatloesung, Aufstreuen von Sublimatzucker (Sublimat 0,1 Sacchar alb. 100,0) und Gazeverband.

In saemmtlichen drei Faellen sank die Temperatur nach der Operation rasch zur Norm.

Es war nun sehr interessant den weiteren Verlauf zu beobachten: Ich hatte, als ich die Methode zum erstenmale anwendete, erwartet, dass wenigstens ein Theil der Laeppchen gangraenoes werden wuerde, doch nichts dergleichen geschah. Binnen wenigen Tagen verschwand die Roethung der Laeppchen und die Schwellung nahm ab, waehrend sich durch die breit klaffenden Einschnitte Eiter und gangraenoese Fetzen entleerten. Kein einziges der Laeppchen zeigte eine frische Perforation. Es ist dies ja auch leicht verstaendlich; die allseitig umschnittene Epidermis retrahirt sich, gewinnt groessere Festigkeit und die kleinen Druesenabscesse perforiren infolgedessen nicht durch die Haut, sondern nach dem locus minoris resistentiae d. h. in die durch die Einschnitte gebildeten Furchen. Zugleich wird durch die allseitige Entspannung der Haut auch die Compression der durch die Nackenfascie perforirenden Arterien aufgehoben und dadurch eine bessere Ernaehrung hergestellt. — Mit der fortschreitenden spontanen Abstossung gangraenoeser Massen, die, wo noethig, durch kleine Excisionen unterstuetzt wurde, nahmen die Laeppchen eine solche Beweglichkeit an, dass sie sich bei aufrechter Stellung der Patienten dachziegelartig ueber einander schoben. Jedes einzelne Laeppchen blieb aber auch nach vollendeter Abstossung alles Brandigen durch einen Strang von etwas mehr oder weniger der Dicke eines Bleistifts mit der Fascie in Verbindung und an jedem dieser Straenge liessen sich ein oder mehrere von der Tiefe aufsteigende Blutgefaesse erkennen, die nach dem Laeppchen zu sich faecherfoermig verbreiteten. Nachdem sich alles Gangraenoese abgestossen hatte, liessen sich die Laeppchen leicht an die granulirende Unterlage andruecken und heilten schliesslich in kurzer Zeit an. Nach vollendeter Heilung bot sich genau der Anblick eines durch Transplantation nach Thiersch ersetzten Hautdefects und nach einigen Monaten waren kaum noch die Narben der Einschnitte bemerkbar. Von den sonst zurueckbleibenden, haesslichen, lochartig eingezogenen Narben keine Spur.

Wenn auch die Anzahl der von mir nach meiner Methode operirten Faelle nur sehr klein ist, so steht doch ausser Zweifel, dass es mittelst derselben moeglich ist, die gesammte einen Carbunkel deckende Epidermis unversehrt zu erhalten, vorausgesetzt, dass zu einer Zeit operirt wird, wo noch keine mit groesserem Epidermisverlust verbundene Perforationen nach aussen eingetreten sind.

Zwei Faelle von ulcerativer Endocarditis in directem Anschluss an specifische Urethritis

von

W. WINTERBERG.

Trotzdem, dass die specifische Urethritis eine der haeufigsten Krankheiten ist, ist unsere Kentniss der dadurch bedingten organischen Laesionen bis jetzt noch unvollkommen. Abgesehen davon dass wir bis jetzt nicht im Stande sind, mit Sicherheit den Character der Laesion in der Schleimhaut der Urethra festzustellen, sind wir noch in groesserer Unklarkeit ueber die secundaeren Stoerungen die durch diese Affection hervorgerufen werden. Da in den meisten Faellen der Patient mit dem Leben davon kommt, so hat der Pathologe nur selten Gelegenheit, vermittelst der Section einen Befund zu erheben. In der von mir benutzten Litteratur habe ich bis jetzt nur drei Faelle gefunden die toetlich verliefen, und ich glaube deswegen, dass es im Interesse der Wissenschaft geboten ist, alles dies bezuegliche zur Verfuegung stehende Material zur Vervollkommnung unser Kenntniss der Pathologie der genannten Krankheit zu benutzen. Die folgenden zwei Faelle die im Laufe des letzten Jahres unter meine Beobachtung kamen, liefern, wie ich glaube, einen werthvollen Beitrag zur Erfuellung dieses Zweckes. Im ersten Falle handelte es sich um einen Patienten der angeblich an einem schweren Ileo-Typhus litt und gleichzeitig unzweideutige Symptome von Herzklappenfehlern zeigte. Dem behandelnden Arzt, Dr. Dodel, verdanke ich die folgenden Mittheilungen ueber die Anamnese des Falles.

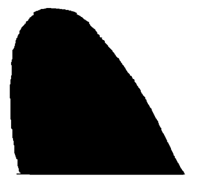
Patient, der im 25ten Lebensjahre steht, ist immer gesund gewesen; von kraeftigen Koerperbau und hereditaer in keiner Weise belastet. Etwa 6 Wochen frueher als ich ihn zum erstenmal sah,

stellte er sich bei genanntem Collegen vor um ihn wegen eines Trippers zu consultiren, welcher sich zwar unter einer aerztlichen Behandlung besserte; aber doch noch mit ziemlich betraechtlicher Eiter-Secretion bis zum toedtlichen Ausgang fortbestand; noch ehe vollstaendige Heilung eingetreten war, gesellte sich rechtseitige Epidydimitis mit beiderseitigen Leistendruesenschwellungen dazu die in Verlauf von etwa 2 Wochen wieder rueckgaengig wurden, so dass Patient seinen Geschaeften wieder nachgeben konnte. Vor etwa einer Woche stellte er sich abermals bei seinem Arzte vor, um ihn wegen starker Anschwellung beider Ellbogengelenke, die mit Frost und Fieber Anfaellen und grosser Mattigkeit verbunden waren, zu consultiren. Es wurde ihm sofort Bettruhe sowie eine energische Behandlung mit Nat. salicyl. verordnet, allein sein Zustand verschlimmerte sich so, dass es allseitig erwuenscht erschien eine Consultation ueber den Fall zu halten.

Ich fand den Patienten im Bette liegend mit hochgradiger Cyanose und Kurzathmigkeit in Folge deren das Sprechen erschwert wurde waehrend das Sensorium mehr oder weniger getruebt war. Waehrend der kurzen oberflaechlichen Athmungsbewegungen liessen sich deutliche Rasselgeraeusche hoeren. Die Percussion des Thorax ergab allgemeine Daempfung, die Auscultation liess ausser knisternden Athmungs-Geraeuschen ueber den Lungen laut blasende systolische und diastolische Herzgeraeusche vornaehmlich ueber der Aorta und Pulmonalis hoeren die sich deutlich bis nach der Herzspitze verbreiteten. An den Ellbogengelenken waren starke Schwellungen vorhanden, in geringeren Graden an den Knie- und Fussgelenken; ausserdem liessen sich Vergroesserungen der inguinal und Achselhoehlen Druesen nachweisen ebenso wie der Leber und Milz.

Patient hatte seit einigen Tagen starke zuweilen mit Blut gemischte Durchfaelle gehabt die annaehrend den Character eines Ileo-Tyhus trugen. Die Temperatur, die meist gegen Abend eine ausgesprochene Steigerung zeigte, fiel in der Regel am Morgen wieder ab; Schuettelfroeste und Erbrechen, hoher Eiweissgehalt des Urins und ein hoher Puls vervollstaendigten das Krankheitsbild. Unter raschem Kraefte-Verfall erfolgte nach einigen Tagen der toedtliche Ausgang.

Bei der Section fand sich in der Pleura Hoehle eine grosse Masse Serums, welches die Lungen erheblich zusammen gedrueckt hatte, waehrend letztere hochgradig oedematoes waren. Der Herzbeutel enthielt ungefaehr 200 ccm. einer seroes-eitrigen Fluessigkeit; das Herz war vergroessert und der Herzmuskel, der blassgraue Ver-



faerbung zeigte, liess auf dem Durchschnitt zahlreiche kleine Eiterherde erkennen. Die Ventile der Aorta und Pulmonalis waren fasst vollstaendig verschwunden; an ihren Stellen fand sich nur noch eine kleine Quantitaet einer kruemelig-kaesig aussehenden Masse, die sich ohne weiteres mit dem Finger zerdruecken und abwischen liess. An der Mitralis sowie an der Tricuspidalis war ein aehnlicher Zerstoerungsprocess vor sich gegangen, nur mit dem Unterschied, dass derselbe hier nicht so weit vorgeschritten war, und noch Ueberreste der Klappen an ihren betreffenden Ansatzstellen zu finden waren. In der Leber und der Milz fanden sich zahlreiche kleinere Blutungen, und die Nieren trugen den Character amyloider Entartung.

Der Duenndarm war der Sitz zahlreicher Ecchymosen, die Peyerschen Druesenhaufen waren geroethet und etwas geschwollen waren aber vollstaendig frei von Geschwuersbildung. —

Leider war es mir aus aeusseren Gruenden nicht moeglich, das ganze Herz in meinen Besitz zu bekommen; ich musste mich damit begnuegen, von den zerfallenen Herzklappen so viel wie moeglich fuer eine mikroscopische und bacteriologische Untersuchung zu gewinnen. — Das Resultat dieser Untersuchung war der unzweideutige Nachweis der Neisserschen Gonococcen, die in grosser Anzahl vorhanden waren. Sie waren in der characteristischen Semmelform einfach oder gepaart in den Eiterzellen sichtbar. Die mit Methylenblau gefaerbten Deckglas-Praeparate — nach der von Schuetz in Nr. 24 der Muenchener Medic. Wochenschrift von 1889 angegebenen Methode — zeigten dieselben in tiefblauer Faerbung, wogegen die nach der Gram'schen Methode behandelten Praeparate eine Entfaerbung der Coccen darthaten. — In Ermangelung der noethigen Huelfsmittel zur Anstellung von Culturversuchen als entgueltigen Beweis musste ich von letzterm absehen, doch glaube ich kaum, dass angesichts der angefuehrten Thatsachen ein Zweifel ueber die Natur der besprochenen Endocarditis als auf gonorrhoeischer Infection beruhend, herrschen kann.

Es ist zu bedauern, dass das hier zur Verfuegung stehende Material, wie es so sehr erwuenscht gewesen waere, nicht zu genauerem Studium ueber die Laesionen der acuten specifischen Urethritis in der Harnroehre und die Art und Weise, in welcher der Gonococcus dabei beteiligt ist, verwandt werden konnte. Der Umstand, dass hiesigen Ortes kein pathologisches Institut besteht, welches der Wissenschaft in diesem Sinne dient, und derartige eingehende

Studien ausserhalb des Bereichs meiner eigenen Beschaeftigung liegen, zwangen mich von einer derartigen Verwendung abzusehen. —

Der zweite Fall, ueber den ich zu berichten habe, liefert nicht die unzweideutigen Beweise eines Zusammenhanges der bestehenden Gonococcen mit der sich daran anschliessenden Endocarditis wie der erste; da derselbe nicht toedtlich verlief, so war der endgiltige Beweis, dass es sich thatsaechlich um eine gonorrhoeische Infection handelte, natuerlich nicht zu erbringen; trotzdem bietet er genuegendes Interesse, um hier Beachtung zu finden.

Patient, ein junger Mann von etwa 25 Jahren hatte seit einigen Wochen an einer specifischen Urethritis gelitten und liess sich von seinem Bruder, einem Studenten der Medicin, behandeln bis er eines Morgens mit starken Schmerzen und Schwellung in beiden Knie- und Fussgelenken erwachte. In Folge dieser Complicationen sah sich der angehende College veranlasst, mir den Fall zur weiteren Behandlung zu uebergeben. Ich fand einen Patienten von befriedigend gutem Kraeftezustand, der mit Ausnahme der vorher erwaehnten Schwellungen in Knie- und Fussgelenken und eines eitrigen Ausflusses aus der Harnroehre ein gesundes Aussehen bot. Er klagte nicht nur ueber Schmerzen in den erkrankten Gelenken, sondern auch ueber schmerzhafte Empfindungen in der Herzgegend. Die physicalische Untersuchung ergab normale Herzdaempfung und Spitzenstoss. Ueber der Aorta war ein leises blasendes Geraeusch zu hoeren, waehrend an der Herzspitze ein solches von rauherem Charakter bestand, welches sich deutlich bis zum Ruecken verfolgen liess. Weitere Symptome organischer Laesionen liessen sich nicht nachweisen.

Unter einer heroischen Behandlung mit salicylsaurem Natron und Anwendung von Kaelte besserten sich bald alle Symptome, so dass nach etwa 6 Wochen die rechte Extremitaet ein normales Aussehen bot, waehrend an der linken die Schwellungen fortbestanden und dem Patienten noch lange das Gehen erschwerten, nachdem er das Bett verlassen hatte. —

Ein meinem ersten analoger Fall wurde zuerst von His in der Berliner Klinischen Wochenschrift von 1892 Nr. 40, Pag. 994 mitgetheilt. Ein 19jaehriger Mann starb etwa 6 Wochen nach einem Anfall von Gonorrhoe unter den Erscheinungen von ulcerativer Endocarditis, complicirt mit Druesenschwellungen, Ecchymosen, Fieber und starken Schweissen, sowie theilweisem Verlust des Gehoers und getruebtem Sensorium. —

Die Autopsie ergab die characteristischen Laesionen einer ulcerativen Endocarditis an den Aortaklappen; Nieren und Milz zeigten zahlreiche Infarcte, und in der Leber, den Hoden, den Lungen, der Prostata, dem Cerebellum, der Medulla oblongata, unter der Haut und den seroesen und mucoesen Membranen waren reichliche Blutungen.

Professor Councilman von der Harvard Medical School berichtet ueber einen andren Fall aus dem Boston City Hospital im "American Journal of the Medical Sciences, September 1893, Nr. 257, Pag. 277.

Ein Patient wurde am 30. September 1892 ins Hospital aufgenommen wegen Gelenkrheumatismus, welcher sich 10 Tage nach dem Ausbruch einer Gonorrhoe entwickelt hatte; er starb am 9. October. — Die Autopsie ergab Myocarditis mit den ausgesprochensten Laesionen in den Wandungen beider Vorhoefe, die stellenweise in ihrer ganzen Dicke nekrotisch und eitrig infiltrirt sind. Microscopische Schnitte aus solchen Partieen enthalten Gonococcen in enormen Mengen. Ich wuerde den vorgeschriebenen Rahmen dieser Arbeit ueberschreiten, wenn ich den sorgfaeltig ausgefuehrten Bericht ueber die Laesionen in der Harnroehre hier wieder geben wuerde; wer sich dafuer interessirt, wird reichlichen Lohn fuer die aufgewandte Zeit finden, wenn er sich l. c. darueber Auskunft holt.

Als 3. Fall erwaehne ich den von Leyden in der deutschen Medicinischen Wochenschrift XIX, 38, 1893 mitgetheilten, in welchen es sich um einen Patienten handelt, der an chronischer Gonorrhoe litt, die mit Epididymitis, Gelenkschmerzen, Schwellungen und Stichen in der Herzgegend complicirt war. — Es waren systolische und diastolische Herzgeraeusche hoerbar; Temperatur am Morgen normal, am Abend erhoeht; haeufige Schuettelfroeste, Erbrechen und hoher Puls. Die Autopsie ergab Endocarditis ulcerativa und Myocarditis. Der Nachweis der Gonococcen gelang ohne Schwierigkeiten in den erkrankten Partieen, sie wurden durch die Gram'sche Methode entfaerbt, ebenso durch Lavendeloel und Alcohol. —

Ausser diesen toedtlich verlaufenden Faellen sind noch 2 andere mit Ausgang in Genesung von Interesse, die aus dem Montrealer allgemeinen Krankenhaus von Dr. McDonnel mitgetheilt werden. — Derselbe fand unter 26 Faellen von arthritis gonorrhoica 2 deutlich ausgesprochene Faelle von Endocarditis und Myocarditis die sich im ersten Falle durch blasende Herzgeraeusche nach 3 woechentlichem Bestehen der Gonorrhoe, im zweiten durch pericardisches Reiben und endokardiales Geraeusch in der Mitte der Herzbasis,

welches sich spaeter als systolisches Geraeusch an der Herzspitze fixirte, 7 Wochen nach dem Bestehen der Urethritis characterisirte.

Fassen wir noch einmal kurz zusammen, so haben wir im ganzen 7 Faelle zu verzeichnen, von welchen in dreien der bacteriologische Nachweis der Gonococcen gelang; in einem 4. Falle bestaetigte die Autopsie das Bestehen der ulcerativen Endocarditis, waehrend in den drei uebrigen die Diagnose nach dem klinischen Befund gemacht wurde. Dass die Herzaffection in den Faellen von Councilman, Leyden und Winterberg, in denen die Coccen gefunden wurden, durch die Gonorrhoe bedingt war, wird wohl kaum bezweifelt werden koennen; was die uebrigen Faelle anbelangt, so haben sie, wenn auch keine volle Beweiskraft, so doch hinreichende Bedeutung, um bei dieser Besprechung erwaehnt zu werden. Die eben mitgetheilten Erfahrungen verbreiten nicht nur ein neues Licht ueber vieles in der Aetiologie der Endo- und Myocarditis, was frueher in Dunkel gehuellt war, sondern sie liefern auch gleichzeitig den Schluessel fuer die Prophylaxe der gedachten Affectionen, soweit dieselben im Zusammenhang mit specifischer Urethritis stehen. Dieselbe sollte darin bestehen alle acuten Faelle dieser Art einer constitutionellen Behandlung mit heroischen Gaben von salicylsaurem Natron zu unterwerfen; eine gleichzeitige locale Behandlung wuerde damit nicht ausgeschlossen sein, falls sie wuenschenswerth erscheinen sollte. Wenn wir auf diese Weise die Anzahl der Faelle von Herzerkrankungen verringern koennten, so wuerde sicher ein erfreulicher Fortschritt in der Therapie damit zu verzeichnen sein.




Photomount
Pamphlet
Binder
Gaylord Bros.
Makers
Stockton, Calif.
PAT. JAN. 21, 1908
H111 Verein deutscher Aerzt
V48 Festschrift.
1894
NAME
DATE DUE

